

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1882

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 20 décembre 1882, à 1 heure.

PAR FRÉDÉRIC GAULTIER.

Né à Ruelle, le 25 mars 1853.

DE LA TUBERCULOSE RÉNALE PRIMITIVE

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM. { DUPLAY, professeur.
CH. RICHET, MARCHAND, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1882

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

Année 1887

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 20 décembre 1887, à Paris.

Par LÉON GALLIER.

Né le 15 mars 1865, à Paris.

DE LA TUBERCULOSE RÉNALE PRIMITIVE

Digitized by the Internet Archive
in 2026



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1887

100

Année 1882

THÈSE

N° 48

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 20 décembre 1882, à 1 heure.

PAR FRÉDÉRIC GAULTIER.

Né à Ruelle, le 25 mars 1853.

DE LA TUBERCULOSE RÉNALE PRIMITIVE

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM. { DUPLAY, professeur.
CH. RICHEL, MARCHAND, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1882

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M BÉCLARD.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	JACCOUD.
	PETER.
	GUYON.
Pathologie chirurgicale.....	DUPLAY.
	CORNIL.
Anatomie pathologique.....	ROBIN.
Histologie.....	LE FORT.
Opérations et appareils.....	REGNAULD.
Pharmacologie.....	HAYEM.
Thérapeutique et matière médicale.....	BOUCHARDAT.
Hygiène.....	BROUARDEL.
Médecine légale.....	
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	(SEE (G.)
Clinique médicale.....	LASEGUE.
	HARDY.
	POTAIN.
	PARROT.
Maladies des enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	RICHEL.
Clinique chirurgicale.....	GOSSELIN.
	VERNEUIL.
	TRELAT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX.	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN.	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHEL.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de mon affection.

A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE M. MORAND

A MA TANTE MADAME LÉRIGET DE GRANDBOIS

Témoignage de reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR GUYON,

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Necker,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A M. LANCEREAUX,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin des hôpitaux,
Membre de l'Académie de médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur,

A MES MAÎTRES

ET PARTICULIÈREMENT

A MM. LES DOCTEURS CHARPENTIER, DUGUET,
DUJARDIN-BEAUMETZ, LE DENTU ET MONOD

Que je suis heureux de remercier de la sympathie
qu'ils m'ont témoignée pendant le cours de mes études.

DE LA

TUBERCULOSE

RÉNALE PRIMITIVE

Depuis que la clinique et l'histologie ont démontré l'existence d'affections tuberculeuses évoluant à tous les degrés dans les divers systèmes, sans manifester de tendance à la généralisation, sans même retentir sur les poumons, contrairement à la loi de Louis, qui veut qu'après quinze ans on ne trouve pas de tubercules dans les organes sans en trouver dans les poumons, cette question de la tuberculose restreinte à certains appareils est constamment restée à l'ordre du jour et a fait l'objet de sérieuses études dans notre pays. Nous n'avons pas à les citer ; il nous sera permis cependant de faire remarquer qu'il n'était nul besoin, pour fixer sur ce point l'attention des observateurs, de l'apparition, en Allemagne (1871), du livre de Friedlander qui a pour titre «des tuberculoses locales» mauvaise expression, s'il en fut jamais, ne donnant à penser qu'à un contraste qui distinguerait une tubercu-

lose fixe d'une tuberculose généralisée ; or, si l'on s'en tient à l'acception stricte du mot locale, la tuberculose n'affectant que le poumon réaliserait le type de la tuberculose locale.

Bien que pour sa part la tuberculisation des voies urinaires ait, elle aussi, donné lieu dans ces dernières années à des travaux très remarquables, il nous a semblé bon de reprendre dans notre thèse inaugurale cette question qui, à notre sens, présente encore plus d'un point obscur. Nous avons eu en vue plus spécialement les altérations du rein. Nous distinguons, comme l'a fait si nettement M. Lancereaux, la tuberculose rénale en primitive et secondaire, et laissant de côté la tuberculose secondaire, qui n'est qu'un incident de la manifestation tuberculeuse, dans laquelle la lésion rénale a peu ou point de valeur, dominée qu'elle est par les symptômes de la phthisie pulmonaire, nous ne nous occuperons que de la tuberculose primitive, la seule qui offre un réel intérêt clinique.

Par lésions tuberculeuses primitives du rein, nous n'entendons pas seulement celles qui peuvent se produire dans le rein avant toute autre manifestation de la diathèse dans d'autres organes, mais encore celles qui, quoique coïncidant avec des altérations tuberculeuses des poumons, de l'intestin, etc., paraissent, d'après l'étendue et le degré de la lésion, s'être développées primitivement dans les voies urinaires.

HISTORIQUE.

Si, regardant en arrière, l'on envisage d'un coup d'œil la distance qui nous sépare de Morgagni, le premier qui ait cité une observation de tuberculose rénale, l'on est frappé de voir que, parmi les auteurs, les uns n'ont pas soupçonné cette distinction du tubercule en primitif et secondaire, et que, si d'autres l'ont établie, ils n'ont fait que l'indiquer en passant sans s'appesantir sur la différence symptomatique. Aussi pourrait-on, au point de vue historique, diviser ce laps de temps en trois périodes qui, par leur caractère et leur physionomie propres, marqueraient clairement le chemin parcouru et les progrès accomplis : la première, allant de Morgagni à Rayer ; la seconde, de Rayer à Lancereaux ; la troisième enfin comprenant tous les auteurs qui se sont occupés de la question depuis la publication de l'Atlas d'anatomie pathologique de M. Lancereaux.

1^{re} PÉRIODE. — S'il faut remonter à Morgagni (1) pour avoir une observation de tuberculose rénale, ce n'est pas chez cet auteur que l'on peut trouver quelques données utilisables.

Il faut arriver à G. L. Bayle (2) pour avoir une

(1) Morgagnier. De sedibus et causis morborum, 1767. Lovani. (Lettre 68, t. IV.)

(2) G.-L. Bayle. Journ. de Corvisart, Boyer et Leroux, t. VI et X, germinal an XI et an XIII.

bonne description des altérations des reins, des uretères, de la vessie, de la prostate, des testicules et des vésicules séminales, dans les cas d'affection tuberculeuse des voies urinaires. Son observation de l'ouvrier en boutons, en tous point instructive, serait tout entière à citer. Il fait suivre son mémoire (Remarques sur la dégénérescence tuberculeuse non enkystée des organes) de sept observations ; la première seule est relative à la tuberculose rénale, qu'il considère comme une affection assez fréquente. Les reins, dans ce cas, dit-il, étaient bosselés ; le gauche était moitié plus volumineux que le droit, en totalité transformé en matière blanchâtre, homogène, presque inorganique, facile à déchirer. Diverses parties de sa substance, d'un blanc grisâtre, avaient la grosseur d'une noisette. Le bassin et les calices présentaient un épaissement manifeste et une dégénérescence semblable. La vessie était volumineuse, à parois très épaisses.

Malgré l'importance du mémoire de Bayle, une confusion regrettable règne pendant longtemps sur la tuberculisation des organes urinaires. Math. Baillie (1), à l'encontre de Bayle, regarde comme une affection très rare les tubercules qu'il lui a été donné de rencontrer une fois dans les reins et une autre fois dans la capsule surrénale. La description qu'il en fait laisse beaucoup à désirer et l'on voit manifestement qu'il a considéré de simples pyélites comme des pyélites tuberculeuses, qu'il désigne sous le nom d'abcès scrofuloux.

James Wilson (2), tout en tombant dans les erreurs

(1) Math. Baillie. Anat. path., Paris, 1815, trad. Guérbois.

(2) James Wilson. Lectures on the structure and physiology of the male urinary and genital organs, London, 1821.

de Baillie, donne des détails exacts sur la tuberculisation des reins et des uretères.

John Howship (1), à propos de tubercules rénaux, observés chez un garçon scrofuleux, distingue l'inflammation simple de l'inflammation scrofuleuse par le siège de la douleur qui, dans le premier cas, occupe la région rénale, et dans le second le col de la vessie. Rayer combat plus tard cette assertion en disant que les douleurs sympathiques, déterminées par l'infiltration tuberculeuse des reins ou des bassinets, appartiennent plutôt à la cystite qui, il est vrai, l'accompagne d'orninaire. Néanmoins le cas que publie Howship d'une femme de 26 ans qui, pendant la vie, éprouva de vives douleurs du côté de la vessie et dont l'autopsie révéla la présence de tubercules dans le rein et l'uretère droits, ne manque pas d'intérêt.

Louis, dans ses diverses éditions de Recherches sur la phthisie, signale aussi la coïncidence de la tuberculose des capsules surrénales, des reins, des uretères avec la tuberculose pulmonaire.

On trouve dans Craigie (2) un cas d'une double affection tuberculeuse des reins.

Kœnig (3) recueille les observations éparses en y ajoutant quelques cas tirés de sa propre expérience, entre autres le cas intéressant d'une tuberculose des deux reins. Mais comme Baillie et Wilson, plus positivement qu'eux peut-être, il confond les véritables

(1) John Howship, London, 1823.

(2) Craigie. Edimb. med. and surg. journ., vol. XLI, p. 79.

(3) Kœnig. Praktische abhandlung über die krankheiten der Nieren. Leipsig, 1826.

affections tuberculeuses des reins avec des suppurations résultant de pyélites ordinaires.

Maréchal (1) publie l'observation d'une jeune fille de 14 ans, chez laquelle on trouve à l'autopsie des tubercules dans les reins.

Duchapt (2) relate le rein, les uretères et la vessie envahis par des dépôts de matière tuberculeuse chez un sujet affecté de tumeur blanche et de phthisie pulmonaire.

Amussat et Cruveilhier se bornent à indiquer qu'ils ont eu occasion de voir des tubercules dans le rein.

La description que donne Fleish des scrofules des reins (scrofuln der Nieren) semble se rapporter aux tubercules de ces organes ; car il parle de douleurs sourdes survenant tantôt dans l'un des reins, tantôt dans l'autre, augmentant d'acuité à mesure que le mal s'accroît. Il se formerait, d'après lui, des ulcérations dans le rein et l'urine serait rendue mélangée de sang et de pus. Souvent on verrait survenir des convulsions et la mort des malades serait rapide ; ou bien, il se développerait une fièvre hectique, accompagnée de douleurs continues, d'une rétention d'urine périodique et de la plupart des accidents graves qu'elle entraîne.

Ammon (3), professeur de Dresde, ayant eu occasion d'observer dans un court espace de temps plusieurs cas de tubercules des reins, fait paraître sur ce sujet un opuscule qu'il croit devoir être de quelque utilité, en raison du peu d'observations recueillies jusqu'alors et de la gravité de la maladie. Il cite quatre observa-

(1) Maréchal. Journ. hebdomadaire, t. II, Paris, 1829.

(2) Duchapt. Bull. soc. anat., 1830.

(3) Ammon. Gaz. méd., 1834.

tions : dans la première, l'autopsie confirma le diagnostic de tuberculose rénale qu'il avait porté, chez une enfant de trois ans et demi, née de parents tuberculeux, d'après l'état scrofuleux de la malade, l'absence de symptômes du côté des viscères de l'abdomen, les troubles de la sécrétion urinaire, enfin d'après l'existence d'une tumeur de la grosseur du poing, située profondément dans la région lombaire iliaque gauche. Cette tumeur, non mobile, douloureuse à la pression, bosselée et réniforme, quelque temps avant la mort dépassait la ligne blanche, et s'étendait de haut en bas depuis la région cardiaque au-dessous des côtes qu'elle soulevait jusqu'au delà de la crête iliaque. Le rein gauche en effet fut trouvé transformé en une masse énorme, ronde et composé par de la substance tuberculeuse qui avait fait disparaître tout le tissu du rein. Les calices très dilatés présentaient de la substance tuberculeuse jaunâtre, ramollie, mais sans vaisseaux sanguins. Le rein droit était augmenté de volume et un peu ramolli. On trouvait un peu de matière tuberculeuse sur le trajet des artères et des veines émulgentes ; mais aucun autre organe n'en contenait.

Il s'agit, dans la deuxième observation, d'une femme de 49 ans, hystérique, qui succomba après un séjour d'un mois à l'hôpital, à une tuberculisation aiguë. La lésion rénale ne fut indiquée, du vivant de cette malade, que par quelques symptômes, tels que ténesme, excrétion urinaire douloureuse, dépôt muqueux blanc sale de l'urine, qui plus tard devint sanguinolente, sentiment de tiraillement dans les cuisses, douleurs dans le bas-ventre. La région rénale était indolore.

A l'autopsie, les poumons étaient remplis de tubercules. Le rein gauche était double de son volume ordinaire ; la substance mamelonnée de ce rein considérablement hypertrophiée. Le tissu de ce même organe était transformé en une masse de tubercules de grosseurs diverses, de la grosseur d'un grain de millet jusqu'à celle d'une aveline, et séparés les uns des autres par des brides irrégulières de substance corticale encore saine.

Le malade qui fait l'objet de la troisième observation est un jeune homme de 19 ans, de disposition scrofuleuse. Il a de l'hématurie, son urine est parfois épaisse et jaunâtre. Dans le flanc gauche on constate la présence d'une tumeur bosselée, de la grosseur d'une pomme. Les douleurs qu'accuse le malade s'accroissent, deviennent périodiques, se propagent souvent en suivant le trajet de l'uretère gauche jusqu'à la vessie. Sensation d'engourdissement dans le cuisse gauche. La fièvre ne cesse pas d'être intense, et le malade succombe.

On trouve des tubercules en grande quantité dans les poumons. Tout le parenchyme du rein gauche, dont la grosseur atteint celle de la tête d'un enfant d'un an, offre une dégénérescence lardacée au sein de laquelle se voient plusieurs tubercules de différentes grosseurs et à différents degrés d'évolution.

Dans la quatrième observation, simple constatation d'une quantité considérable de matière tuberculeuse dans le rein gauche d'une femme de 50 ans, qui meurt quelques jours après son entrée à l'hôpital, après avoir présenté les signes d'une phthisie commençante unie à une affection du cœur.

Les considérations cliniques qui font suite à ces observations, bien que d'un intérêt incontestable, ne sauraient aujourd'hui nous satisfaire complètement.

Pasquet (1) publie l'observation d'un enfant de 12 ans, qui, entré à l'Hôpital des Enfants le 26 mars 1838, présentant les symptômes d'une phthisie avancée, succombe le 17 avril. Il n'avait présenté aucun symptôme du côté de l'appareil urinaire. Toutefois on avait senti à travers les parois abdominales, à droite et un peu au-dessus de l'ombilic, une tumeur dure, arrondie, du volume d'un petit œuf, qu'on prit pour une tumeur tuberculeuse du mésentère.

A l'autopsie, tuberculisation du cerveau, des méninges, des poumons, des intestins; mais nulle part la dégénérescence caséuse n'était aussi avancée que dans l'appareil urinaire.

La tumeur que l'on avait observée était formée par l'extrémité inférieure du rein droit recourbé en avant. Tous les cônes de la substance tubuleuse de ce rein, sauf une partie de l'un d'eux, était entièrement convertis en matière tuberculeuse, avec conservation de leur forme normale, surtout à la base des cônes, où la matière tuberculeuse était ferme, tandis que du côté des calices elle était ramollie, diffluente en quelques points. Une partie des mamelons et la totalité de la membrane des calices et du bassinnet étaient détruites. Le bassinnet contenait encore de l'urine, dans laquelle nageaient des flocons de matière tuberculeuse. L'altération était moins avancée dans la substance corticale de ce même rein, ainsi que dans l'autre, où deux

(1) Pasquet. Bull. soc. anat., juin 1838.

cônes seulement étaient entièrement convertis en matière tuberculeuse. Les uretères et la vessie étaient tuberculisés.

La même année, succombe, dans le service de M. Ricord (1), où il était entré pour une perforation de l'urèthre, un homme de 34 ans, présentant tous les symptômes et signes de tubercules pulmonaires. Tous les organes génito-urinaires participent à la tuberculisation. Vers l'extrémité supérieure du rein gauche et dans son épaisseur, une masse tuberculeuse, du volume d'une grosse noix, occupe tout un cône de la substance tubuleuse, finissant là où commence la substance corticale, qui, dans ce même point et du côté seulement de la face externe du rein, est le siège de granulations disséminées, variables en volume.

Le sujet dont parle Lacombe (2), âgé de 33 ans, et qui mourut tuberculeux, éprouvait de la douleur en urinant; son urine, alcaline le plus souvent, était alternativement sanguinolente et purulente. La nécropsie révéla l'atrophie du rein gauche, l'oblitération de l'uretère, le bassin tuberculeux renfermant dans sa cavité du pus et des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien. Le rein droit hypertrophié était infiltré de matière tuberculeuse. La muqueuse des calices et du bassin était enflammée; la vessie, rugueuse, racornie, présentait plusieurs ulcérations. Les poumons offraient des excavations de même nature. La diathèse n'avait pas atteint d'autres organes.

Becquerel (3) présente à la Société anatomique une

(1) Aubanel. Bull. soc. anat., juin 1838.

(2) Lacombe. Bull. soc. anat., juillet 1840.

(3) Becquerel. Bull. soc. anat., septembre 1840.

excavation tuberculeuse d'un rein trouvée chez un enfant phthisique mort d'une carie du calcanéum. Elle est tapissée d'une fausse membrane récente et pleine de pus et d'un détritüs tuberculeux. On y voit encore d'autres cavernes plus petites et des tubercules commençant à se ramollir à leur centre. La vessie était hypertrophiée, et sa muqueuse ramollie.

L'observation de Boucher (1) concerne un jeune homme de 22 ans, atteint de phthisie. Il présente une incontineuce d'urine. Cette incontineuce dure-t-elle depuis longtemps? A-t-elle été, à certaines époques, précédée de rétention? La mort rapide du sujet empêche d'éclaircir tous ces points intéressants. A l'autopsie, tuberculisation des poumons et des organes génito-urinaires. Le rein droit seul est malade. Sa surface est bosselée. A la place de la substance tubuleuse, complètement détruite, existent de vastes excavations tuberculeuses avec la forme conique des pyramides de Malpighi. Pas d'ulcérations dans la substance corticale; des tubercules disséminés, crus ou légèrement ramollis, mais pas d'excavations.

Je ne citerai que pour mémoire le Compendium de médecine pratique de MM. de la Berge, Monneret et Fleury (1837-1846), où, aux articles Tubercules et Maladies des reins, se trouvent relatées les recherches antérieures.

DEUXIÈME PÉRIODE. — Il appartenait à Rayer (2), cet observateur si sagace, de tirer la conclusion du chaos

(1) Boucher. Bull. soc. anat., janvier 1841.

(2) Rayer. Maladies des reins, t. III, 1841.

d'observations qui précèdent et d'établir par les siennes propres l'altération primitive du rein. En 1841 paraît son bel ouvrage sur les maladies des reins. L'affection tuberculeuse de ces organes lui semble moins rare qu'on ne le croit communément, et il en fait la description clinique d'après 16 observations à lui personnelles, qu'il divise en trois séries : la première renferme 3 cas de petits tubercules des reins dépendant d'une diathèse tuberculeuse ; la matière tuberculeuse, simplement déposée dans les substances rénales, ne donna lieu à aucun dérangement du côté des voies urinaires. Dans la seconde série, on ne trouve qu'un cas de tubercules des reins et des calices, sans tubercules dans les uretères et la vessie. La troisième série, la plus considérable, contient 12 observations de dégénérescence tuberculeuse du rein, de l'uretère et de la vessie. Toutes, il est vrai, ne sont pas intéressantes au même degré ; mais il en est que nous aurons l'occasion de rappeler dans le cours de cette étude.

Les reins, dit Lebert (1), dans son *Traité général des affections scrofuleuses et tuberculeuses*, fréquemment le siège d'une tuberculisation secondaire et très peu étendue, parfois, et ces cas se présentent rarement à l'observation, deviennent le point de départ d'une tuberculisation abondante et pour ainsi dire essentielle (phthisie rénale). La matière tuberculeuse, déposée en grande quantité, se ramollit et donne lieu à de vastes excavations. Il dit avoir vu une fois un rein presque transformé en une coque tuberculeuse renfermant une

(1) Lebert. *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*. Paris, 1857-1861.

vaste caverne, sans qu'il existât de suppuration. Il cite une observation de tubercules rénaux rencontrés dans une affection tuberculeuse aiguë générale.

En consultant avec soin les *Transactions of the pathology*, nous avons rencontré plusieurs observations de tubercules des reins, tant primitifs que secondaires. Nous n'en avons retenu que celles qui nous ont semblé avoir trait plus particulièrement à notre étude. Observation de Busk (1) (1846). Un homme de 52 ans meurt peu de jours après son entrée à l'hôpital, sans s'être plaint d'aucun trouble de l'appareil urinaire. A l'autopsie, tubercules miliaires dans les deux poumons. Le rein gauche contenait un grand nombre de cavités séreuses; son uretère avait dix fois le volume ordinaire, et à son embouchure dans la vessie il n'admettait plus que le diamètre d'un poil. Le rein droit était parsemé de petits points blancs de matière tuberculeuse. Quelques ulcérations superficielles dans la vessie.

Les altérations intéressantes que l'on trouve à l'autopsie du malade d'Ebenezer Smith (2), âgé de 38 ans, avaient été marquées pendant une année par des troubles du côté des voies urinaires. Son urine était foncée, rare, et quelquefois laiteuse, présentant des particules déchirées et amorphes, le plus ordinairement chargée de mucus sanguinolent. Il accusait de la douleur dans la région pubienne. La miction était fréquente, douloureuse; la région lombaire droite légèrement enflée. A l'autopsie, tubercules dans les pou-

(1) Busk. Transact. of the pathol., II, 118, 1846.

(2) Ebenezer Smith. Transact. of the pathol., III, 78, 1848.

Gaultier.

mons. Quelques vestiges à peine du tissu sécréteur du rein droit, détruit par la pression d'une grande quantité de matière puriforme et lardacée contenue dans son bassinnet : d'où une grande poche formée aux dépens du tissu propre du rein. L'uretère, jusqu'aux deux tiers de sa longueur, était obstrué par une substance semblable. Le rein gauche conservait sa structure; les extrémités de deux des cônes tubuleux étaient ulcérées et contenaient de la matière tuberculeuse. La partie inférieure formait une large poche contenant une matière puriforme et caséeuse. Son uretère était très élargi.

Dans l'observation de Risdon Bennett (1), le malade urinait fréquemment et quelque peu involontairement; son urine, pâle, abondante, d'une densité élevée, laissait un dépôt de matière purulente. Pas d'albumine ni de sucre. Des phénomènes typhoïdes survinrent, et il mourut le soir même de son admission, après avoir présenté du délire.

On trouva à l'autopsie le rein gauche bosselé, augmenté de volume. Les bosselures étaient dues à des poches nombreuses, qui incisées laissèrent écouler de la matière tuberculeuse. Altérations tuberculeuses du bassinnet. Le rein droit, du poids de une livre deux onces, adhérant en plusieurs points à la capsule, était parsemé de nodosités blanchâtres, disséminées ou réunies en groupes. Ces masses caséeuses, de forme arrondie ou allongée, avaient un volume variable. Le bassinnet et les uretères étaient infiltrés.

Enfin, dans l'observation de Wilks (2), il s'agit d'une

(1) Risdon Bennett. Transact. of the pathol., VIII, 284, 1857.

(2) Wilks. Trans. of the pathol., XI, 137.

tuberculisation de tout le système urinaire coexistant avec une tuberculose pulmonaire; mais les lésions des poumons, des intestins, constatées à l'autopsie, étaient relativement moins avancées que celles que l'on trouva dans les reins, les uretères et la vessie.

Les points principaux de l'observation de Perret (1) sont à signaler. Une femme, de 40 ans, souffre depuis plusieurs mois de douleurs vives et lancinantes dans la région lombaire, s'irradiant dans les aines et dans les cuisses. La palpation de l'abdomen fait constater l'existence d'une tumeur dure, volumineuse, insensible à la pression, remontant presque au niveau des fausses côtes, à gauche de la ligne médiane. L'état de cachexie profonde ne s'améliore pas et la malade meurt quinze jours après son entrée à l'hôpital.

La tumeur, que l'on avait prise pour une tumeur ovarique, n'était autre chose que le rein déplacé et hypertrophié, reposant sur le fond de l'utérus et le ligament large du côté gauche. Le rein gauche, situé dans la région iliaque, est hypertrophié, mou, fluctuant. A la coupe, il laisse voir des cavités spacieuses, communiquant entre elles, dues à la dilatation du bassinet et des calices, renfermant un liquide trouble, sans gravelle ni calculs. La muqueuse des canaux excréteurs très épaissie, est tapissée de fausses membranes jusqu'à la vessie. Uretère hypertrophié, de calibre normal, sauf au niveau du hile où il est obli-téré. La substance corticale du rein est lardacée, d'un blanc grisâtre uniforme. L'aspect strié des pyramides

(1) Perret. Bull. soc. anat., 1854.

de Malpighi a disparu; elles sont parsemées de granulations.

Le rein droit, situé normalement, renferme trois lobules de la grosseur d'un marron, séparés les uns des autres. A la coupe, il donne issue à un liquide crémeux et blanchâtre qui renferme une loge distincte au sommet de cet organe. La substance rénale a disparu en totalité et est remplacée par une matière blanche, de la consistance de bouillie très épaisse, comparable à de la chaux éteinte. Ce n'est autre chose que du tubercule commençant à se ramollir (Verneuil). Uretère perméable. Muqueuse vésicale épaissie, tapissée de fausses membranes.

La même année, présentation à la Société anatomique, par M. Verneuil (1), d'un rein tuberculeux réduit à une coque fibreuse remplie d'une matière d'un gris jaunâtre, dans laquelle on a trouvé les éléments très nets du tubercule.

Présentation par M. Vidal (2) de l'appareil urinaire d'une petite fille de trois ans; les deux reins sont remplis de granulations. Les bassinets, les calices, les uretères en sont littéralement semés. La vessie présente une large ulcération de même nature. L'urèthre est sain.

Pas de renseignements autres sur ces deux cas.

Rilliet et Barthez (3) étudient la tuberculisation des reins chez l'enfant; d'après eux, les tubercules rénaux sont plus fréquents chez l'enfant que chez l'adulte et

(1) Verneuil. Bull. soc. anat., 1854.

(2) Vidal. Bull. soc. anat., 1854.

(3) Rilliet et Barthez. Mal. des enfants, t. III.

la tuberculisation est d'autant plus considérable que les enfants sont plus âgés.

La thèse de Dufour (1) cite cinq observations de tubercules des reins; les observations II et III sont les plus concluantes. En présence des lésions que l'on a constatées à l'autopsie, dans l'observation II, on ne peut qu'exprimer le regret que cette observation n'ait pu être prise avec plus de soin pendant la vie du malade.

Il s'agit d'un enfant de sept ans, et tous les renseignements qu'on en donne se bornent à dire qu'il avait l'aspect d'un malade de phthisie pulmonaire en voie d'évolution. Il était atteint d'une polyurie et d'une polydipsie abondantes qui firent croire à un diabète; ces symptômes s'amendèrent. Il présentait aussi de l'incontinence.

Nécropsie. — Tubercules des ganglions bronchiques. Infiltration générale des deux poumons, plaques laiteuses sur la face antérieure des oreillettes et des ventricules du cœur. Quelques granulations grises tuberculeuses dans la rate.

Rein droit sain.

Le rein gauche est parsemé de tubercules, soit infiltrés, soit en forme de cavernes. Le bassin et les calices, dont la muqueuse est également tapissée de tubercules, contiennent de l'urine avec quelques grumeaux blanchâtres. Tout l'uretère dilaté renferme des tubercules siégeant dans l'épaisseur de la muqueuse, en si grand nombre que l'uretère a pris la forme d'un

(1) Ch. Dufour. Th. de Paris, 1854.

conduit tubuleux à parois solides et toujours béantes. La muqueuse vésicale est également tuberculeuse; l'altération s'étend jusqu'au verumontanum. La vessie est considérablement épaissie.

Les mêmes lésions du rein gauche, de l'uretère et de la vessie se retrouvent dans l'observation III, d'une petite fille de 14 ans 1/2, qui, entrée à l'hôpital pour une incontinence d'urine, présentant avec cela un état cachectique général, contracte une varioloïde, à laquelle elle succombe.

On trouve des altérations tuberculeuses dans les poumons, l'intestin, le foie, etc.

Chez le malade de Lala (1), on ne trouve pas traces de tubercules dans les organes. Seuls les reins sont atteints.

Ce malade succombe peu de jours après son entrée à l'hôpital et le diagnostic ne peut être complètement établi.

Il se présente dans un état de consommation avancée.

A l'examen, on ne constate rien du côté du ventre et de la poitrine. A la région hypogastrique seulement, on sent une tumeur, grosse comme les deux poings, molle et fluctuante, immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne.

Malgaigne pense d'abord à un abcès, placé entre les parois abdominales et la face antérieure de la vessie, qui communiquerait avec ce réservoir; il sort en effet de la vessie du pus en très grande abondance, mélangé à de la substance d'aspect tuberculeux.

Les urines sont albumineuses.

(1) Lala. Bull. soc. anat., avril 1856.

A l'autopsie, on trouve la vessie distendue, pleine d'un pus fétide. Les uretères sont un peu dilatés au niveau de leur insertion sur la vessie, les bassinets un peu élargis. Sur la périphérie du rein, se voient des granulations fines, grisâtres. Les deux reins incisés sur leur bord convexe, on aperçoit des granulations disséminées dans la substance corticale. Le rein droit présente en outre deux petites tumeurs de la grosseur de petits marrons, formées par de la substance grisâtre ramollie. Une seule tumeur sur le rein gauche.

Ces tumeurs siégeaient dans la substance tubuleuse et présentaient un commencement d'excavation qui communiquait avec un calice rempli de pus.

Dans l'observation de Garnier (1), il s'agit d'une petite fille de vingt-six mois qui succombe à l'hôpital Sainte-Eugénie au bout de quinze jours avec un ramollissement et des ulcérations de la muqueuse du gros intestin.

A l'autopsie, on ne trouve du côté du poumon qu'une douzaine de granulations grises demi-transparentes au sommet droit.

Les altérations du rein et de l'uretère sont des plus remarquables. Le rein gauche, seulement injecté, est un peu plus gros qu'à l'état normal. Le rein droit, presque triplé de volume, bosselé à sa surface, laisse échapper, quand on l'incise, deux à trois cuillerées d'un liquide lactescent, puriforme, contenant quelques noyaux d'apparence tuberculeuse. Il est creusé intérieurement de larges vacuoles, irrégulières, sinueuses, dont les parois sont tapissées d'une fausse membrane grise,

(1) Garnier. Bull. soc. anat., juin 1859.

épaisse, adhérente au tissu rénal. On trouve autour de ces vacuoles qui communiquent entre elles pour la plupart, et avec les calices et le bassin, de petits noyaux tuberculeux de volume variable, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois, de coloration jaunâtre, ayant la consistance du tubercule cru. Ces dépôts morbides envahissent l'uretère lui-même, qui se présente sous la forme d'un cordon induré, du calibre du petit doigt; l'orifice par lequel il débouche dans la vessie peut recevoir une plume d'oie. Quand on incise les parois de ce conduit hypertrophié, on trouve à la place de la muqueuse disparue une couche tuberculeuse grise, granuleuse et très adhérente. La muqueuse vésicale est saine, excepté dans un rayon d'un centimètre autour de l'orifice de l'uretère précédent.

Dans la plupart des cas, dit Barrier (1), les tubercules rénaux ne sont pas même soupçonnés. Cependant le diagnostic aurait pu être porté dans un cas, si l'attention avait été dirigée de ce côté. Il avait reconnu, en effet, pendant la vie, à droite et un peu au-dessus de l'ombilic une tumeur bosselée, dure, du volume d'un œuf de poule, qui semblait siéger dans le mésentère. La malade, âgée de 12 ans, succomba à l'affection tuberculeuse des organes de l'abdomen.

Outre des granulations dans les méninges, des tubercules à tous les degrés dans le thorax, le tube intestinal, le péritoine, la rate; outre une perforation tuberculeuse de l'appendice du cæcum, on trouva les ganglions mésentériques et tout l'appareil urinaire envahis par la maladie. Dans les premiers organes, la

(1) Barrier. Mal. des enfants, 1861.

lésion était médiocrement avancée; les reins, les uretères et la vessie étaient profondément désorganisés.

La tumeur était due à une augmentation de volume du rein droit; les deux substances étaient converties entièrement en matière tuberculeuse; les mamelons tombaient en détritrus; les calices étaient détruits; le bassin et l'uretère étaient totalement infiltrés de matière tuberculeuse qui semblait remplacer leurs parois. A gauche, lésion moins avancée. Le trigone vésical et le commencement de l'urèthre étaient tapissés d'une couche tuberculeuse.

Une observation de Colin (1), remarquable en ce que les premiers organes envahis ont été les reins. Chez ce malade, l'affection rénale a jusqu'à la mort dominé la scène par un ensemble de symptômes extrêmement aigus, fait rare dans la tuberculose des reins, dont l'évolution est presque toujours latente et complètement secondaire (Rayer, Cruveilhier), lorsqu'il n'y a pas altération simultanée des calices, des bassinets, des uretères ou de la vessie.

La constatation de la phthisie pulmonaire chez ce malade, âgé de 21 ans, devait être d'un grand poids dans la détermination du diagnostic de tuberculose rénale; mais on pouvait songer aussi à une néphrite aiguë se terminant par des accidents cérébraux, vu l'intensité de la fièvre, de la douleur lombaire et les qualités de l'urine purement inflammatoire. Aucun autre point des voies urinaires n'était envahi par la tuberculisation.

(1) Colin, Gaz. hebdomadaire, 1863.
Gaultier.

Une observation de Magnan (1) : Absès tuberculeux du rein droit avec transformation caséuse du bassin, de l'uretère et de la vessie, chez un enfant de 13 ans. Pas de douleurs dans les reins. Rien de particulier dans la miction ; les urines sont albumineuses.

Anasarque avec bouffissure de la face et œdème des jambes.

A l'examen, râles ronflants et sibilants des deux côtés de la poitrine. Peau chaude, fièvre intense. Le malade meurt huit jours après son entrée à l'hôpital, après avoir présenté à la région hypogastrique des douleurs violentes qu'augmentait la pression.

Autopsie. — Granulations miliaires aux deux sommets. Rien aux ganglions bronchiques, au cœur, au foie, au pancréas.

Granulations miliaires sur le rein gauche. Infiltration du tissu interstitiel des pyramides. Quelques petits noyaux jaunâtres dans l'épaisseur de la substance corticale du rein gauche hypertrophié. Le rein droit est hypertrophié, bosselé ; le tissu cellulaire péri-rénal infiltré de pus en arrière. L'uretère est volumineux, épaissi. La vessie, de volume normal, mais à parois épaissies, renferme 200 grammes environ d'un liquide louche, tenant en suspension quelques grumeaux caséux du volume d'une lentille. Les pyramides déchiquetées, détruites en partie, plongent au milieu de ce liquide purulent, quelques-unes ont disparu et à leur place se trouvent des cavernes béantes remplies de pus et de matière caséuse, séparées par les colonnes de Bertin devenues rigides.

(1) Magnan. Gaz. méd., 1867.

M. Cornil (1) étudie la granulation du rein au point de vue de sa structure et de son siège.

Challan (2) cite le cas intéressant d'un jeune homme de 26 ans, né de parents tuberculeux, tuberculeux lui-même. Il est malade depuis quinze mois ; mais, depuis deux mois, la miction est très douloureuse ; il a eu à plusieurs reprises des hématuries. A son entrée à l'hôpital, le 2 mars 1869, l'urine renferme de l'albumine en quantité assez notable. Quelques jours plus tard, symptômes de méningite tuberculeuse.

Le 14. A 5 heures du matin, hématurie très abondante d'un sang bien rouge mêlé de quelques caillots. A 9 heures, nouvelle hématurie aussi forte. Coma, délire, mort à 11 heures.

A l'autopsie, altérations de la méningite tuberculeuse ; des granulations dans les poumons. Rien ailleurs, sauf dans les reins. Les reins sont volumineux. Le rein droit, d'une teinte violacée assez prononcée, présente à la coupe un ou deux petits tubercules non ramollis. Son uretère normal.

Le rein gauche, bosselé, présente à la coupe quantité de noyaux de matière caséuse, de consistance ferme, situés surtout au niveau du bord convexe. Plusieurs poches à côté des noyaux non ramollis ; une surtout considérable est située immédiatement à la jonction de la substance médullaire et des bassinets ; les poches sont incrustées sur leurs bords de matière tuberculeuse et à leur centre se trouve un liquide puriforme. Petits points blancs tuberculeux disséminés sur le reste de l'organe.

(1) Cornil. Arch. de phys. norm. et path., 1868.

(2) Challan. Bull. soc. anat., 1869.

Les parois de l'uretère gauche sont épaissies, assez volumineuses et incrustées de matière caséuse. On fait suinter à la pression un liquide analogue à celui des poches du rein. Nombreuses ulcérations sur la muqueuse vésicale.

L'embouchure de l'uretère gauche est obstruée par de la matière tuberculeuse non ramollie.

Dans la prostate, du côté gauche, un amas de tubercules miliaires non ramollis; à droite, un noyau caséux de la grosseur d'une noisette.

TROISIÈME PÉRIODE. — C'est à M. Lancereaux que revient le mérite d'avoir distingué pour le rein, comme pour les autres viscères, deux formes de tuberculose : la tuberculose vraie ou primitive, dans laquelle le rein est le siège principal de l'altération tuberculeuse, commençant par la vessie ou les uretères pour gagner de là les pyramides qu'elle altère peu à peu; et la tuberculose secondaire, où des granulations tuberculeuses peu abondantes sont disséminées dans le parenchyme rénal. Il cite dans son atlas (1) trois observations de tuberculose primitive : dans la première, une femme de 46 ans entre à l'hôpital avec des troubles cérébraux qui font croire à une méningo-encéphalite. Elle meurt trois jours après son admission et l'autopsie ne révèle qu'une altération des sommets et des reins, Evidemment les troubles cérébraux constatés pendant la vie n'étaient que des phénomènes urémiques.

Chez la femme, qui fait l'objet de la seconde observation, la miction est fréquente et douloureuse, les

(1) Lancereaux. Atlas d'anat. pathol., 1871.

urines peu abondantes, troubles et purulentes; des phénomènes typhoïdes surviennent, puis des vomissements, du hoquet et la mort arrive dans le coma.

La vessie est petite, ulcérée; les uretères ulcérés, l'un d'eux est oblitéré complètement, et le rein droit correspondant se trouve réduit à une simple coque fibreuse multiloculaire. L'une des extrémités du rein gauche, non totalement détruit, est transformée en un large foyer caséux et les pyramides ont subi une transformation analogue dans une grande partie de leur étendue.

Le troisième cas fut observé à la Pitié en 1861, chez une femme de 30 ans, qui n'avait depuis longtemps comme symptôme de la tuberculisation des voies urinaires qu'une douleur des plus vives au col vésical, gênant la miction et rendant le coït très pénible. La membrane muqueuse de l'urèthre, de la vessie, des uretères, des bassinets et des calices était semée de granulations et d'ulcérations tuberculeuses. Mêmes altérations dans la plupart des pyramides de Malpighi.

L'observation que publie H. Bennett (1), néphrite scrofuleuse et abcès dans les reins, tuberculisation étendue des poumons et des intestins, relate des lésions tuberculeuses des reins et des uretères. Dans ce cas la tuberculisation eut une marche lente et le malade succomba non pas tant à la lésion rénale qu'à l'affection intestinale et à l'épuisement causé par la diarrhée.

(1) Hughes Bennett. Leçons sur la pratique de la médecine, tr. franç., de Lebrun, 1873.

Roberts (1) conserve la distinction des tubercules du rein en primitifs et secondaires et traite de la tuberculose primitive en basant son étude, fort bien faite d'ailleurs, sur l'analyse de 32 cas.

M. Lecorché (2) reprend les idées émises par Roberts et ajoute de grands développements à la question.

Nous trouvons, dans les bulletins de la Société anatomique de l'année 1877, quatre observations de tubercules rénaux n'intéressant pas les conduits. Les observations de Letulle et Richer se rapportent à des diabétiques de 32 et de 36 ans qui ne présentèrent de leur vivant aucun phénomène du côté des voies urinaires.

Les observations de MM. Dreyfus et Landouzy n'offrent, elles aussi, qu'un intérêt médiocre pour notre étude ; nous avons évidemment là affaire à une tuberculose secondaire ; et, dans les symptômes que décrit M. Landouzy pour expliquer les lésions du rein, nous n'en trouvons aucun qui appartienne à la tuberculose primitive.

M. Tapret (3), dans son excellente étude clinique sur la tuberculose urinaire, cite une observation relative aux reins et insiste sur l'isolement fréquent des dépôts caséeux dans ces organes.

Nous trouvons peu de choses dans les auteurs classiques.

M. le professeur Guyon, dans ses magistrales leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, recom-

(1) Roberts. On urinary and renal diseases. London, 1872.

(2) Lecorché. Mal. des reins, 1875.

(3) Tapret. Etude clinique sur la tuberculose urinaire. (Arch. de méd., 1879.)

mande de se préoccuper souvent de la tuberculose, en l'absence même de phénomènes thoraciques, si le malade accuse des troubles urinaires.

En passant en revue les belles collections du musée Civiale, à l'hôpital Necker, si intéressantes à examiner, nous avons pu y admirer plusieurs pièces, entre autres celles qui portent les n^{os} 76, 97 et 99.

Cet historique, un peu long peut-être, nous a semblé nécessaire pour bien faire connaître les diverses phases par lesquelles est passée cette question de la tuberculisation des voies urinaires.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les tubercules primitifs peuvent se limiter au parenchyme rénal proprement dit ou envahir à la fois la glande et les conduits excréteurs ou encore n'exister que dans les conduits excréteurs de l'urine. Notre étude visant plus particulièrement la tuberculose rénale, nous ne ferons que citer les cas où, le rein étant indemne, les voies génito-urinaires sont le siège d'altérations tuberculeuses.

Le tubercule évolue dans le rein comme dans les autres organes, sous toutes les formes et à tous les degrés. Il peut affecter à la fois les deux reins, c'est le cas le plus fréquent, ou n'affecter qu'un seul rein, le plus souvent le gauche. Sa marche est ordinairement ascendante, c'est-à-dire que débutant par les conduits il finit par envahir la glande elle-même; elle peut suivre cependant un ordre inverse; il arrive aussi que la tuberculose commence dans le rein, du reste comme dans le poumon. Il y aurait lieu de faire des recherches histologiques pour affirmer que le début peut se faire aux dépens de l'épithélium qui revêt le canalicule urinifère, comme le veut Johnson, ou dans l'épithélium des vaisseaux sanguins.

Le rein, envahi par le tubercule, est modifié dans

son volume, qui le plus souvent est augmenté dans de très notables proportions ; parfois doublé (Bayle), ou triplé (Garnier), il peut atteindre le volume des deux poings (Lala) ou les dimensions de la tête d'un enfant d'un an (Ammon) ; il est rarement diminué. Le poids, variable d'ordinaire avec le volume, avait atteint, dans le cas de Risdon Bennett, une livre deux onces.

Si l'altération tuberculeuse est peu avancée, la surface du rein, de couleur rouge violacé, est plus ou moins bosselée et les nodules qui constituent ces bosselures apparaissent à l'extérieur soit sur la face antérieure, soit sur la face postérieure de l'organe. Ces nodules ont leur siège dans la substance corticale, moins fréquemment cependant que dans la substance médullaire, surtout au point de jonction des calices et des bassinets. Ils sont isolés ou réunis en petites masses. Si l'on cherche à arracher la capsule, on éprouve dans bien des cas de la résistance, par suite de l'adhérence de ces nodules à la capsule.

Quand on incise le rein par son bord convexe, on observe aux points correspondant aux bosselures soit des granulations éparses, soit de petites masses. La matière qui les forme est une matière opaque, grisâtre, assez ferme, de la consistance du mastic ou de la matière sébacée, en tout semblable à de la matière tuberculeuse. Le nombre de ces masses est variable et leur volume peut aller de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un marron. Leur forme est arrondie. Ces granulations ou ces masses sont entourées de substance saine ; mais le tissu qui les circonscrit est fortement injecté.

Un deuxième degré de l'altération est constitué par

le ramollissement de certaines d'entre ces masses, et, quand on les incise, elles laissent écouler un liquide plus ou moins jaunâtre, comme on en rencontre dans les tubercules pulmonaires. La substance corticale dépasse rarement ce degré. Mais, dans la substance médullaire, à côté de noyaux non ramollis (Challan) se rencontrent de véritables poches en nombre variable. L'aspect du rein est modifié; sa capsule très adhérente est épaissie et la palpation fait reconnaître de la fluctuation.

Le tissu est anémié et l'on voit quelques foyers hémorrhagiques, véritables ecchymoses, à la surface.

Si l'on sectionne la paroi de ces poches, dont quelques-unes pourraient admettre une petite orange, il s'en écoule une matière épaisse, purulente, opaque, ressemblant tant pour la couleur que pour la consistance, à de la crème caillée, mais ayant plutôt la densité du mastic (R. Bennett). Ces kystes dont la paroi a un aspect déchiqueté, sont tapissés d'une couche de matière concrète ou d'une fausse membrane. Souvent, d'après Liouville, la face interne de ces parois s'incrusterait de matière calcaire. Leurs cavités peuvent communiquer entre elles; mais le plus souvent elles sont en rapport avec les calices et le bassin, ce qui permet de comprendre l'apparition de la matière tuberculeuse dans les urines. Cette communication, dans le cas de Lala, se produisait par une ouverture très fine. Le tissu qui circonscrit les cavités est induré et la présence de granulations à leur pourtour indique que ces cavernes se sont produites par la confluence de granulations antérieures qui se sont ramollies. A leur tour ces granulations pourront subir la dégénérescence

caséeuse et contribuer à l'agrandissement de ces cavernes.

Mais, dans certains cas, comme phase ultime de l'altération tuberculeuse, on a vu le rein réduit à une simple coque fibreuse, fibro-cartilagineuse, séparée en loges par des tractus. Tout le parenchyme rénal avait disparu (Lancereaux).

On a rarement observé l'envahissement de la capsule fibreuse par le tubercule. Sur 16 cas, Rayet n'a constaté que deux fois cette altération de la capsule.

Dans les calices, les bassinets et les uretères, les granulations tuberculeuses se développent soit dans le tissu cellulaire sous-muqueux, soit dans l'épaisseur de la muqueuse elle-même. Du volume d'une tête d'épingle, elles se montrent sous forme de petits grains arrondis grisâtres à l'état isolé, ou se réunissent en groupes assez rapprochés pour former des plaques saillantes d'étendue variable. Ces granulations subissent la même fonte et donnent lieu à des ulcérations, tantôt d'une demi-ligne de diamètre, tantôt plus larges et irrégulières, dont la surface est enduite d'une matière jaune très adhérente (Rayer).

Dans la plupart des observations que nous avons eu à analyser, et notamment dans Rayet, nous avons vu que l'envahissement des uretères par le tubercule donnait à la paroi l'aspect d'un conduit rigide, très épais : son volume fut, dans le cas de Busk, 10 fois plus grand qu'à l'état normal.

Son calibre est plus ou moins rétréci et l'on comprend que la lumière du canal puisse être obstruée par les masses caséeuses venant du rein.

Les calices et le bassinet, au contraire, augmentant

par l'accumulation de l'urine, leurs parois se distendent et nous avons là de véritables poches qui, sous l'influence de l'ulcération, peuvent s'ouvrir dans le tissu rénal et donner lieu à des abcès périnéphrétiques.

Rayer cite un cas de tubercules rénaux terminé par périnéphrite. « La matière tuberculeuse, dit-il, s'était déposée en grande partie dans les membranes extérieures du rein, les membranes infiltrées de tubercules s'étaient ramollies sur la face antérieure du rein adhérent avec le côlon transverse et le côlon descendant, dans lequel une ouverture fistuleuse s'était pratiquée; en arrière, la matière tuberculeuse s'était fait voie, par de nombreuses fistules, au milieu des fibres musculaires du psoas, et ce travail d'élimination et de ramollissement avait donné lieu à une vaste collection purulente qui avait disloqué et atrophié les muscles psoas et iliaque. »

Si l'uretère n'est pas obstrué, s'il permet le libre passage de l'urine, du pus et des détritits tuberculeux qu'elle contient, le rein conserve ses dimensions normales, ou même il peut diminuer de volume par suite de l'élimination du tissu caséeux. Mais, si l'obstruction est complète (Leech), il se forme une tumeur, qui atteint rarement le volume de celle qu'a signalée Ammon, formée par la distension du bassin. Roberts a rencontré 7 fois cette tumeur.

L'extension du tubercule aux voies urinaires a été notée par ce même auteur pour l'uretère 30 fois sur 32 cas, pour la vessie 21 fois; l'urèthre était envahi dans 7 cas. Le résultat auquel nous sommes arrivé est un peu différent; nous avons rencontré, sur 51 cas,

34 fois la tuberculisation de l'uretère, 35 fois celle de la vessie et 3 fois celle de l'urèthre.

Nous avons recherché en outre la coexistence de la tuberculose génitale avec la tuberculose urinaire. Roberts, pour 32 cas, avait trouvé des tubercules 7 fois dans la prostate, 6 fois dans les vésicules séminales et 4 fois dans les testicules. Dans une statistique de Thompson, nous voyons 13 fois des tubercules rénaux coexister avec des tubercules de la prostate.

Nous n'avons trouvé que 10 fois des tubercules dans les organes génitaux (prostate, vésicules séminales, testicules).

Nous avons voulu savoir aussi dans quelle proportion les autres organes étaient atteints par la diathèse tuberculeuse dans le cours de l'affection rénale. Nous mettons en parallèle nos résultats avec ceux de Roberts.

TABLEAU DE ROBERTS (30 cas)

Poumons.....	28 fois.		
Glandes abdominales..	14 —		
Intestins.....	19 —		
Système osseux.....	5 —		
Péritoine.....	5 —		
Rate.....	3 —		
Foie.....	1 —		
		SUR (31 cas)	
		Poumons et autres	} 43 fois.
		organes.....	

Sur ses 32 cas, Roberts avait trouvé pris 19 fois les 2 reins et 13 fois un seul rein, 7 fois le rein droit et 6 fois le rein gauche.

Sur nos 51 cas, les deux reins étaient pris 29 fois, 22 fois un seul rein était atteint, le droit 10 fois, le rein gauche 11 fois.

Nous n'avons pas de renseignements sur un cas.

Il nous reste un mot à dire de la composition histologique des granulations et des masses caséuses dont nous avons parlé. « Comme toutes les altérations tuberculeuses, dit M. Lancereaux (1), elles sont constituées par de petites cellules arrondies ou aplaties que le carmin colore et que l'acide acétique rend plus apparentes. Ces éléments en général séparés en groupes par une substance brillante et réfringente, amorphe ou fibrillaire, sont granuleux et en voie de destruction au centre de la masse, lorsqu'ils ne sont pas encore modifiés à sa circonférence; les vaisseaux qui les alimentent sont ordinairement plus nombreux et quelquefois oblitérés.

Il semble qu'il n'y ait pas matière à diagnostic anatomo-pathologique dans une affection de ce genre.

Cependant si les altérations du rein n'ont pas amené la destruction de son parenchyme, le tubercule peut être confondu avec le fibrome; mais le fibrome est une maladie rare et de plus, à la coupe, les nodosités du fibrome, en général plus volumineuses, paraissent constituées par un tissu dur. Le microscope y fait découvrir du tissu conjonctif fibrillaire, et, au centre de chaque nodosité, un certain nombre de canalicules urinaires atrophies.

Si le rein n'est plus réduit qu'à une coque fibreuse, par suite de l'élimination de son tissu dégénéré, il peut s'agir d'un cancer; mais là encore la confusion est impossible et nous n'insistons pas.

(1) Lancereaux. Art. Rein, dict. Dechambre.

SYMPTOMATOLOGIE. — MARCHÉ. — DURÉE.
COMPLICATIONS.

Il est très rare que la tuberculose rénale ait donné lieu pendant la vie à un ensemble de symptômes bien nets ne permettant pas de se tromper sur la nature de la maladie. Le plus souvent, soit qu'elle n'ait pas présenté de phénomènes spéciaux, soit que l'attention se soit plutôt portée du côté de phénomènes thoraciques graves concomitants, elle est passée inaperçue et ce n'est qu'à l'autopsie qu'ont été révélées les lésions du rein. Nous avons là sans aucun doute l'explication du soin minutieux avec lequel les auteurs décrivent les altérations anatomiques, tandis qu'ils passent rapidement sur la symptomatologie. Nous espérons cependant, avec le peu de symptômes décrits dans les observations, être arrivé à reconstituer la maladie à son début et dans sa marche.

Nous ne reviendrons pas sur la distinction établie plus haut de la tuberculose rénale en primitive et secondaire.

Nous ne citerons de la tuberculose secondaire que les cas où il se rencontre des symptômes de granulie généralisée ; la maladie revêt alors la forme dyspnéique ou la forme typhoïde ; les urines ne donnent lieu à aucun symptôme et l'autopsie seule fait reconnaître les altérations des voies urinaires.

Quant à la tuberculose primitive, nous distinguons la forme aiguë et la forme chronique, donnant toutefois la plus large part à la forme chronique.

Dans la tuberculose primitive aiguë, le début est marqué par des symptômes du côté des reins ou de la vessie; les urines sont purulentes et sanguinolentes, et les symptômes pulmonaires qui peuvent survenir évoluent moins vite que la lésion des voies urinaires. Alors prédominent tous les symptômes qui indiquent cette lésion et que nous allons étudier dans la forme chronique. La marche dans ce cas est rapide et la maladie évolue en quelques mois.

Dans la forme primitive chronique, le malade, âgé le plus souvent de 20 à 35 ans, ressent des douleurs lombaires le long de la partie postérieure du rachis, pouvant s'irradier vers les aines et les membres inférieurs (Perret). Ces douleurs présentent des caractères importants; elles peuvent être spontanées: c'est alors une douleur tensive, continue, survenant sans cause appréciable; d'autres fois, elles peuvent être provoquées soit par la miction, soit sous l'influence d'un effort ou d'un mouvement; elles peuvent aussi revenir sous forme de paroxysme et arracher des cris au malade.

Chez d'autres sujets, ces douleurs manquent et le début de la maladie n'est marqué que par des douleurs vésicales siégeant au col (E. Smith, Challan, Lancereaux) et survenant pendant la miction ou en dehors d'elle. On observe dans ces cas de la strangurie ou de la dysurie (Ammon). On a signalé aussi des douleurs à l'hypogastre au niveau de la région pubienne (E. Smith).

Dans ces deux cas, l'attention du médecin sera attirée du côté des voies urinaires ; mais, d'autres fois, le début est latent et n'est reconnaissable qu'à quelques douleurs à la région lombaire et parfois à des symptômes pulmonaires. On ne constatera rien d'anormal dans les urines.

Colin cite une observation où le début fut brusque avec tous les symptômes d'une néphrite aiguë, douleurs vives, lombaires et vésicales, urines rouge briqueté avec cellules épithéliales et tout le cortège d'une maladie fébrile.

Quel que soit le début de la maladie, on peut constater pendant longtemps, quelquefois jusqu'à la mort du malade, des troubles urinaires, sans qu'aucun autre phénomène vienne révéler l'affection rénale.

L'urine est modifiée dans sa sécrétion et dans son excrétion. Dans le cours de la maladie, il peut y avoir soit de la polyurie (Dufour), soit une anurie relative ou absolue. On a vu dans quelques cas une anurie intermittente coexister avec de la polyurie.

A la vue, les urines apparaissent briquetées, jaunepaille ou purulentes. Elles sont rarement noires avec caillots indiquant que le sang a séjourné dans les voies d'excrétion. Dans le cas de Challan, par suite de fréquentes hématuries, l'urine était sanglante ; mais le plus souvent elle ne présente que de légères stries sanguinolentes. Le sédiment que déposent les urines, en grande partie constitué par des urates et des phosphates, renferme des grumeaux de matière caséuse ; dans ce cas, le microscope pourra contribuer à révéler la nature de la maladie. La densité des urines est en général au-dessous de la moyenne ; leur réaction est

faiblement acide, parfois alcaline, et dans ce cas l'alcalinité tient à la décomposition ammoniacale de l'urine qui a été retenue dans une partie de son parcours (Mosler); leur odeur est fétide.

Si nous passons à l'examen chimique, nous pourrions, par la chaleur et l'acide azotique, reconnaître la présence de l'albumine (Lala, Magnan, Challan), albumine en petite quantité pouvant tenir à la présence du sang ou du pus contenus dans l'urine; ou bien nous aurons affaire à une albuminurie vraie tenant à la lésion rénale. Mais il n'y a pas lieu, d'après Rayer, d'attacher de l'importance à cette albuminurie, par suite de la coexistence habituelle de la néphrite avec le tubercule.

Le réactif de Barreswill ne donnera traces de sucre que si les sujets sont diabétiques (Letulle, Richer).

L'examen microscopique révèle la présence des hématies, des leucocytes, des débris d'épithélium, soit rénal, soit vésical, ou des cylindres granulo-graisseux indiquant une néphrite parenchymateuse concomitante. Il y fait reconnaître aussi des débris granuleux de tubercules ramollis mêlés à des fibres de tissu connectif et élastique. Ces dépôts de matière caséuse, où l'on trouve l'épithélium caractéristique du tubercule, peuvent varier non seulement dans les diverses émissions opérées pendant plusieurs jours, mais encore dans les émissions d'une même journée.

La miction est toujours très fréquente (Challan, Lancereaux), souvent douloureuse; parfois il y a du ténesme (Ammon); un soulagement temporaire suivait la miction, dans un cas de Basham on a observé de l'incontinence ou de la rétention.

La diathèse peut, dans le cours de la tuberculose rénale, atteindre d'autres organes et donner lieu à des symptômes pulmonaires ou bien les phénomènes pulmonaires restent latents, par suite de la prédominance de ceux qui se produisent dans les voies urinaires. La fièvre est continue, à exaspérations vespérales ou nocturnes, ou présente les trois stades de la fièvre intermittente. Du côté du tube digestif, on observe de l'anorexie, des symptômes de dyspepsie ou de gastralgie. La diarrhée est opiniâtre le plus souvent.

La durée de la maladie varie de quelques mois à deux ou trois ans et l'on peut voir apparaître dans les derniers temps un état présentant une certaine analogie avec la cachexie cancéreuse, sans que le malade présente toutefois la teinte jaune-paille caractéristique du cancer. La peau est décolorée, d'un jaune gris plombé, intermédiaire entre la teinte du cancéreux et celle d'un sujet atteint de cachexie paludéenne, la face bouffie, la langue sèche. Ce sont là en un mot tous les attributs de la cachexie urinaire, que l'on rencontre surtout quand la pyélonéphrite suppurée est venue compliquer la maladie. Le malade meurt alors dans le marasme.

Mais la terminaison fatale peut être retardée et nous voyons alors apparaître une tumeur (Pasquet, Lala). Cette tumeur est d'un diagnostic difficile; véritable hydronéphrose, due à la dilatation du rein dont le tissu glandulaire a été détruit, dilatation provenant de l'obstruction de l'uretère par des masses caséeuses ou de son oblitération, elle varie en volume de la grosseur d'un œuf de poule à celle d'une tête de fœtus; elle a pu atteindre un volume considérable, comme dans

l'observation d'Ammon où, quelque temps avant la mort, elle dépassait la ligne blanche et s'étendait en haut depuis la région cardiaque au-dessous des côtes qu'elle soulevait jusqu'au delà de la crête iliaque. Le plus souvent du volume du poing, cette tumeur est située soit dans l'hypochondre droit, soit dans l'hypochondre gauche; quelquefois elle sera médiane, s'il y a un déplacement du rein, ou pourra descendre dans la région iliaque et être prise, comme dans l'observation de Perret, pour une tumeur ovarique. Cette tumeur donne lieu à des troubles de sensibilité ou à des troubles trophiques; on voit alors apparaître l'engourdissement du membre du côté de la tumeur, un œdème du membre inférieur correspondant, un œdème des grandes lèvres ou du scrotum. La marche est difficile et entravée. On a constaté aussi de l'anesthésie ou de l'hyperesthésie, par le fait de compression du plexus lombaire ou du plexus sacré.

Comment reconnaître cette tumeur? On s'aidera des sages conseils que donne M. Lancereaux dans ses leçons sur l'ectopie rénale. « Pour faciliter l'examen, dit-il, le malade doit être placé dans le décubitus dorsal, les cuisses fléchies sur le bassin, et pour éviter la contraction des muscles abdominaux et donner à la paroi du ventre toute la souplesse désirable, il est nécessaire qu'il respire largement. Le malade en position, la main gauche du médecin portée en arrière du flanc droit soutient et soulève la région lombaire, tandis que la main droite appliquée à plat et en avant déprime la paroi abdominale » Nous pourrions de la sorte circonscrire la tumeur et reconnaître son volume; elle nous apparaîtra non mobile, non pédiculée, point im-

portant pour le diagnostic, mais fluctuante, entourée de tous côtés par la masse intestinale, proéminente cependant vers la paroi antérieure, tandis qu'au contraire les tumeurs du petit bassin sont le plus souvent recouvertes par une masse intestinale sonore.

Cette tumeur peut disparaître dans le cours de la maladie ; l'excrétion de l'urine redevient alors normale. Puis la poche reprend peu à peu son volume primitif ; c'est dans ces cas que les produits caséux forment un véritable bouchon gênant le cours de l'urine.

Un symptôme très important de la tuberculose rénale, ce sont les accès urémiques qui sont dus soit à la tumeur, soit à la lésion du rein. S'ils sont provoqués par la tumeur, il est clair que, comme elle, ils auront une marche intermittente. Ces accès urémiques revêtent la forme gastro-intestinale, ou la forme cérébrale, ou plus particulièrement la forme thoracique avec des symptômes dyspnéiques. Le délire et le coma, expressions de la forme cérébrale, se rencontrent assez souvent (R. Bennett). Le délire apparaît presque subitement, c'est un délire le plus souvent tranquille ; la température s'abaisse et la mort arrive. Ailleurs, c'est dans le coma que succombe le malade (Lancereaux). Les accidents cérébraux de l'urémie, dans un cas de tuberculose rénale, ont pu faire croire à une méningo-encéphalite.

La tuberculose primitive du rein ne borne pas là toujours son évolution ; il en résulte que, lors du ramollissement des tubercules, des communications accidentelles peuvent s'établir entre les organes urinaires et les organes environnants. C'est ainsi que l'on

voit survenir des fistules anales, périnéales et scrotales (Liouville et Rosapelly), des fistules vésico-rectales (Basham) et des fistules vesico-vaginales (Mosler). C'est ainsi que l'on voit une péritonite suraiguë et mort rapide, par suite de la rupture des calices et du bassin distendu dans le péritoïne (Lundberg).

Ce sont là les plus fréquentes complications ; nous avons vu l'urémie, la cachexie urinaire ou pulmonaire amener la terminaison fatale ; il nous faut citer, comme complications se montrant dans le cours de la maladie, la pyélite, le pyélonéphrite et les abcès péri-néphrétiques.

Dans deux cas de Rilliet et Barthez et dans un cas de Magnan, la maladie s'est compliquée d'anasarque. Ajoutons que très rarement la tuberculose suit son évolution dans le rein, sans présenter de manifestations tuberculeuses dans d'autres organes ; on voit alors survenir des phénomènes de diathèse tuberculeuse dans les poumons, les intestins, etc.

Parfois aussi les organes génitaux participent à cette tuberculisation. Toutes ces causes contribueront à abréger la vie du malade.

DIAGNOSTIC.

Dans la tuberculose secondaire, la présence de symptômes pulmonaires, méningitiques, etc., suffit pour faire soupçonner les lésions que révélera l'autopsie.

Il en est tout autrement dans la tuberculose primitive où les symptômes passent le plus souvent inaperçus ou sont latents.

A la période de crudité du tubercule, il est tout à fait impossible de reconnaître la présence d'un dépôt tuberculeux dans la substance rénale. Mais, à la période de ramollissement, le diagnostic est possible et nous l'établissons sur quelques symptômes qui se rencontrent fréquemment :

- 1° douleurs lombaires ;
- 2° douleurs rénales ;
- 3° urines sanguinolentes et purulentes ;
- 4° matière caséeuse dans les urines,

et surtout sur leur succession.

Notons aussi un symptôme moins fréquent qui peut être regardé comme un état avancé de la maladie, la tumeur abdominale. Nous tiendrons compte aussi de l'âge du malade et de ses antécédents héréditaires.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Il n'y a pas lieu de s'arrêter à la colique néphrétique, maladie apyrétique, survenant chez un sujet adulte, qui aura déjà présenté des graviers dans les urines. La douleur sera en outre des plus vives, reviendra par accès, et dans l'intervalle des accès le sujet, dont l'état général est bon, ne présentera rien du côté des reins. L'anurie, qui survient au début de l'accès, est subite, instantanée.

Le cancer du rein est assez rare ; il est le plus souvent secondaire ; s'il est primitif, un seul rein est envahi. On doit rechercher les antécédents ; en outre, avec les douleurs rénales, on observe les urines noires avec caillots plus ou moins abondants et des cellules déchiquetées caractéristiques. La suppuration se produisant, le malade présente un amaigrissement manifeste et la teinte jaune-paille. La présence de la tumeur peut déterminer des compressions ou donner lieu à des symptômes de pyélonéphrite ; mais l'apparition du varicocèle symptomatique du cancer (Guyon), déterminé par la compression de la veine spermatique correspondante et qui se produit parfois avant la tumeur, aidera au diagnostic.

Citons, pour ne rien omettre, le fibrome qui existe rarement dans le rein et qu'on ne peut reconnaître qu'à l'autopsie.

Le diagnostic sera plus difficile avec la pyélonéphrite d'origine calculeuse. La pyélonéphrite suppurée est, nous le savons, aussi bien une complication de

la tuberculose rénale que de l'affection calculeuse ; nous avons étudié en effet l'hématurie et les urines purulentes. Un malade, déjà âgé, de constitution arthritique, a des urines purulentes et sanguinolentes. Le sang qu'elles contiennent est abondant et noir. Il a eu des accès de colique néphrétique et a remarqué la présence de graviers dans ses urines. Ce tableau d'un malade atteint de pyélonéphrite calculeuse est bien différent de celui d'une pyélonéphrite tuberculeuse.

Quant à la pyélonéphrite ascendante, que l'on peut appeler d'origine vésicale, bien étudiée par les chirurgiens et M. Lancereaux, elle apparaît chez un sujet qui a présenté une lésion des voies urinaires, ayant déterminé une cystite chronique et par propagation l'inflammation du tissu du rein et de ses conduits.

Les néphrites parenchymateuse et interstitielle peuvent donner lieu à des douleurs rénales et lombaires ; mais il ne convient pas de s'y arrêter, les symptômes étant tout différents.

Notons un cas de Dufour, dans lequel le malade a présenté de la polyurie et de la polydipsie, symptômes qui avaient fait croire à un diabète.

En présence d'une hématurie, la tuberculose rénale s'accompagnant parfois de ce symptôme, il y a lieu d'en rechercher la valeur séméiologique. Les cystites aiguës seront vite éliminées par la présence soit d'une blennorrhagie, soit d'un traumatisme, soit d'un vésicatoire.

La cystite du col, qui présente des douleurs à la miction, se reconnaîtra facilement.

Mais, dans les cystites chroniques, l'examen des urines y fera voir du pus et du sang et pourra bien

donner le change. L'examen du malade, en faisant constater une hypertrophie de la prostate ou un rétrécissement de l'urèthre, en indiquera la cause.

Si l'on a affaire à une cystite tuberculeuse, l'erreur sera plus facile ; mais on a pour se guider, la palpation des organes génitaux ; l'épididyme, le testicule, la prostate sont le plus souvent atteints, et, comme dans le cours de toutes les tuberculoses, le malade pourra offrir des symptômes pulmonaires. Il ne faut pas oublier aussi qu'un certain degré de cystite tuberculeuse accompagne fréquemment le tuberculose rénale. Faudrait-il voir là une altération de la vessie, due au séjour des matières caséuses dans cet organe, comme on avait attribué les tubercules du larynx au passage des crachats, théorie du reste presque absolument abandonnée ? Nous ne le croyons pas. Peut être y a-t-il une cause déterminante.

Le fongus et les varices du col donnent lieu à des hématuries abondantes et fréquentes, disparaissant par le repos, sans aucun phénomène du côté du rein.

Les calculs vésicaux, que l'on rencontre plus particulièrement chez l'enfant et chez le vieillard, ont été précédés de graviers dans les urines, de troubles de la miction, incontinence ou rétention, et ils donnent lieu à des symptômes d'une cystite traumatique qui sera vite reconnue. Quant à la cystite chronique, qu'ils engendrent le plus souvent, elle produit en outre, il est vrai, des urines purulentes, visqueuses, épaisses ; mais, fait important, ces signes disparaissent par le repos, tandis qu'ils persistent dans le tuberculose rénale.

Le cancer de la vessie, comme la tuberculose rénale,

présente des hématuries ; mais les hématuries du cancer de la vessie sont spontanées, indolores, durables et capricieuses (Guyon). La quantité de sang est toujours plus considérable que dans la lésion des reins ; les douleurs manquent le plus souvent et on constate dans les urines la présence de lambeaux de matière cancéreuse détachés de la paroi vésicale. Il donne lieu fréquemment à des symptômes de pyélonéphrite. Enfin la palpation abdominale, aidée du toucher vaginal ou rectal, fera reconnaître la tumeur ; le malade présentera la cachexie cancéreuse.

Signalons l'hématurie névropathique, qui s'observe le plus souvent chez les femmes nerveuses et qui peut provenir d'une simple colère (Latour, Lancereaux).

Dans les cas où l'examen a démontré l'existence d'une tumeur, le diagnostic parfois ne manquera pas de difficulté.

L'abcès périnéphrétique, qui peut être regardé comme une complication, donne lieu à des phénomènes spéciaux. La palpation montre une fluctuation au niveau du sillon costo-iliaque du côté atteint, sillon qui est effacé. La marche de la maladie est plus rapide, les symptômes fébriles plus intenses revêtent les trois stades de la fièvre intermittente, mais le plus souvent la tumeur qui existe toujours s'ouvre à la partie postérieure, à travers la masse sacro-lombaire, en donnant lieu à tous les phénomènes du phlegmon. On peut percevoir en outre le bruit de chafnon, signalé par Dupuytren.

L'examen des urines permettra d'éliminer les kystes hydatiques du foie, qui, chez un sujet dont l'état général s'est conservé bon, donnent lieu à une tumeur

dans l'hypochondre droit et au frémissement hydatique.

Les tumeurs ganglionnaires abdominales apparaissent chez les scrofuleux et les tuberculeux ; mais la palpation fait reconnaître les bosselures caractéristiques.

Malgaigne a pu prendre dans un cas une poche tuberculeuse rénale pour un abcès des parois abdominales.

Le diagnostic le plus important doit se faire avec l'hydronéphrose, que nous avons vue pouvoir être une complication de la lésion rénale tuberculeuse. L'hydronéphrose, due à une autre cause, donne lieu à une tumeur beaucoup plus considérable et il peut survenir de l'anurie si les deux reins sont atteints.

Le rein flottant s'observe le plus souvent chez la femme, plus fréquemment à droite. Les symptômes douloureux se montrent au moment des menstrués ou de la miction. De plus, par la palpation abdominale, on sent une tumeur mobile, réniforme, à surface lisse. La percussion est sonore, au niveau de la région lombaire, du côté du déplacement.

Si la tumeur est assez volumineuse pour envahir le petit bassin, on peut avoir affaire à un kyste de l'ovaire ; dans ce cas, la place des intestins, la matité à concavité tournée en bas empêchent la confusion.

Quant aux abcès par congestion, les antécédents et les lésions du côté de la colonne vertébrale, compliquées de symptômes du côté de la moelle, suffisent pour établir le diagnostic.

. DIAGNOSTIC DES COMPLICATIONS

Nous avons peu de chose à ajouter pour ce diagnostic à ce que nous avons dit dans le chapitre de la symptomatologie.

Pour la tuberculose secondaire, elle n'est elle-même qu'une complication de la maladie pulmonaire; elle peut cependant présenter dans son cours des phénomènes de tuberculisation du côté des voies génitales.

Mais, dans la tuberculose primitive, nous devons une mention spéciale aux symptômes d'urémie et à la pyélonéphrite suppurée. L'urémie ne pourra être confondue avec l'urémie chirurgicale qui dépend d'une solution de continuité sur le trajet des voies urinaires et qui est due à la résorption des matières extractives de l'urine. Cette dernière est révélée par les commémoratifs (cathétérisme, plaie, contusion). Il n'y a pas lieu de s'appesantir non plus sur les cas où les matières excrémentitielles du sang ne pourront pas être éliminées par le rein malade, ce qui arrive très rarement pour les deux reins, dans la tuberculose rénale et où la mort arrive par une véritable créatinémie ou ammoniémie.

Les symptômes tout différents qu'elle présente feront vite laisser de côté la pyélonéphrite suppurée d'origine calculeuse ou cancéreuse, ou bien survenant par propagation des organes génito-urinaires.

Les néphrites concomitantes se traduiront par de

l'albumine et nous avons vu qu'il en existe plusieurs cas.

Quant aux ouvertures dans divers organes, déterminant des fistules ou des péritonites, nous ne ferons que les citer, pour ne pas nous étendre plus longuement sur les nombreuses causes qui peuvent leur donner naissance, en l'absence de la tuberculose rénale.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE.

Étant admis par avance que, dans le rein comme dans les autres organes, le tubercule est dû à cette prédisposition constitutionnelle que l'on est convenu d'appeler diathèse tuberculeuse, les facteurs, dont l'influence paraît incontestable et qu'il y a lieu de considérer, sont : l'âge du malade, ses antécédents héréditaires, scrofuleux et tuberculeux, comme le dit si judicieusement M. le professeur Guyon : « Que les phthisiques avérés soient atteints parfois de troubles urinaires, c'est un point incontestable; mais, fait beaucoup plus important et que je crois peu connu, ces mêmes accidents urinaires peuvent se montrer à une période prodromique et être prémonitoires, pour ainsi dire, des phénomènes thoraciques. Que cette donnée soit présente à votre esprit, quand vous vous trouverez en présence de sujets ayant de 20 à 35 ans, et souffrant de la vessie sans cause appréciable. Examinez l'état du thorax, palpez avec soin les épидидymes, explorez la prostate et les vésicules séminales. Examinez aussi le passé du sujet, informez-vous des manifestations scrofuleuses de son enfance; recherchez l'état de santé de ses parents et de ses proches (1). » L'opinion que M. Guyon émet relativement à l'âge où se manifeste le plus ordinaire-

(1) Guyon. Leçons cliniques sur les mal. des voies urinaires, Paris, 1881.

ment la tuberculose des voies urinaires concorde en tous points avec la nôtre, qui résulte de l'étude attentive des observations.

Nous mettons nos résultats en parallèle avec ceux de Roberts.

ROBERTS (32 cas)	NOS (46 cas)
0 — 10 ans..... 4 fois.	5 fois.
10 — 20 — 5 —	9 —
20 — 30 — 6 —	9 —
30 — 40 — 9 —	11 —
40 — 50 — 5 —	7 —
50 — 60 — 2 —	5 —

Pour Rosenstein, la plus grande fréquence du tubercule serait de 15 à 30 ans et pour M. Lecorché, de 20 à 30 ans. Ce ne sont là que points de détail, et n'ayant aucun intérêt, il est préférable de faire la part plus large et de dire de 20 à 35 ans. Dans ce laps de temps nous avons rencontré 17 cas de cette affection. Comme nous le voyons, le tubercule se montre à tous les âges; on le trouve chez un enfant de 26 mois (Garnier). Labory, Rosapelly, signalent des cas de tubercules primitifs chez des individus âgés de 60 et de 65 ans. Diettrich les a rencontrés chez un vieillard de 70 ans (Lecorché).

Le tubercule primitif se rencontrerait plutôt chez l'homme que chez la femme. Sur 32 cas, Roberts a signalé 21 hommes et 11 femmes. Pour nous, le genre masculin serait plus exposé au tubercule dans la proportion de 32 à 18.

Les tubercules secondaires sont plus fréquents que

les primitifs, sur les 91 cas de tubercules rénaux de Chambers, 76 étaient secondaires et 15 primitifs.

Ce sont les seuls renseignements que nous ayons pu trouver sur le degré de fréquence des tubercules primitifs.

Dans le livre de M. Lecorché, nous avons bien vu des tableaux statistiques, mais ils embrassent à la fois le tubercule primitif et secondaire.

A l'institut pathologique de Prague, à l'autopsie de 6,000 corps, 1,317 étaient tuberculeux : on trouva 74 cas de tubercules des reins ; proportion 5,6 pour 100.

Sur 315 enfants tuberculeux, il a été donné à Rilliet et Barthez de rencontrer 49 fois des tubercules rénaux, proportion 15,7 pour 100.

Engel n'a observé qu'un cas sur 94 tuberculeux, proportion 1,02 pour 100.

Willigk a observé 7 cas, sur 476, proportion 1,47 pour 100.

La statistique de Chambers portait 91 cas de tubercules rénaux sur 503 tuberculeux, proportion 18 pour 100 ; 74 fois l'affection se rencontrait chez l'homme, 17 fois chez la femme.

La proportion du tubercule rénal chez les tuberculeux pulmonaires varierait donc de 1 à 18 pour 100.

Que dire de la pathogénie ! Pas plus que nous ne savons pourquoi le tubercule se localise de préférence dans le poumon, nous ne pouvons expliquer sa présence dans le rein et les conduits urinifères, en l'absence de lésions de même nature dans d'autres organes ou antérieurement à elles. Le rein serait-il un *locus minoris resistentiæ* et serait-ce à sa faiblesse qu'il devrait d'être dans certains cas un lieu d'élection ? De même

que le traumatisme a été invoqué comme cause de tuberculose dans des organes qui en sont le siège, suivie ou précédée, comme dans le cas remarquable de M. le professeur Verneuil, de poussées tuberculeuses dans les poumons, n'y aurait-il pas lieu de rechercher si, chez un sujet scrofuleux ou ayant des antécédents héréditaires tuberculeux, la présence d'un corps étranger, d'un gravier par exemple dans le bassin, ne pourrait pas amener la production de tubercules dans le rein, irrité par suite dans son fonctionnement ? C'est là un point délicat que nos études ne nous ont point permis de résoudre, et nous nous bornons à l'indiquer avec l'espoir que des recherches ultérieures faites avec grand soin pourront arriver à le déterminer.

PRONOSTIC.

Le pronostic de la tuberculose rénale primitive est très grave, sinon toujours fatal ; il dérive du reste de la diathèse tuberculeuse qui est localisée dans le rein. Cependant, suivant Roberts, on peut conserver quelque espoir de guérison, si la maladie se borne à n'atteindre qu'un rein, sans intéresser les conduits excréteurs de l'urine. Cet auteur dit avoir observé des cicatrices sur les reins d'individus qui avaient présenté pendant la vie des troubles longtemps prolongés des voies urinaires, que l'on ne pouvait rattacher à aucune cause. Ces cicatrices, guérison du tubercule, peuvent s'expliquer ainsi : l'évolution, au lieu de progresser et d'arriver à la caséification, suit une autre marche ; une véritable organisation se fait, comme l'a démontré M. Grancher pour le poumon, du tissu fibreux se produit, et la guérison est obtenue. D'autres fois le ramollissement survient, et la matière que renferme la poche, au lieu de subir la dégénérescence graisseuse et de s'éliminer, s'indure ; il y a alors une véritable crétification.

H. Bennet partage les idées de Roberts, et cite un fait à l'appui de cette manière de voir.

Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, la mort arrive le plus souvent par le fait de l'affection rénale ou par la généralisation de la tuberculose aux poumons, aux intestins, etc., et aux organes génito-urinaires.

Dans la tuberculose secondaire, la lésion rénale n'a pas de valeur et le pronostic est subordonné aux altérations prépondérantes des autres organes.

TRAITEMENT.

Nous avons à considérer le traitement de la diathèse, le traitement des symptômes, le traitement des complications.

En face d'un pronostic aussi grave, on comprend que le traitement soit presque toujours impuissant.

Cependant, s'il y a lieu d'ajouter quelque foi à l'hypothèse de Roberts et de Bennett, ce n'est que par un traitement rationnel bien dirigé que l'on pourra avoir des chances de guérison.

Avant tout, le traitement doit s'adresser à la diathèse ; elle sera combattue, comme dans le cas de tubercules pulmonaires, par l'huile de foie de morue, les toniques, la créosote récemment introduite dans la thérapeutique (Bouchard, Gimbert).

Quant aux symptômes, la douleur sera calmée par les opiacés et surtout le chloral. On n'administrera toutefois qu'avec prudence et réserve les injections hypodermiques de morphine.

Dans le cas de douleurs lombaires, on appliquera des ventouses sèches ou scarifiées ; les vésicatoires pouvant provoquer de la cystite.

La pyélite, d'origine tuberculeuse, réclamera le même traitement que la pyélite chronique en général.

Pour les complications, chacune d'elles demandera un traitement spécial sur lequel il est inutile d'insister.

AUTEURS.	SUJETS.		ALTÉRATION des REINS.	ALTÉRATION des CONDUITS de la VESSIE	ALTÉRATION des ORGANES GÉNITAUX.	ALTÉRATION des AUTRES ORGANES.
	Sexe.	Age.				
Bayle } 2 cas.	M	35	Rein droit tub., bassin tuberculeux.	Urètre épaissi, infiltré, vessie ulcérée.	Vésic. sémin., épidd. tuberc.	Poumons, larynx, intestin grêle, tuberc.
	M	25	2 reins, calices, bassins tub.	Vessie tubercul.	.....	Tuberc. des poumons et d'autres organes.
	F	14	Les deux reins altérés.	.....	.....	Poumons, intestins tuberc.
Maréchal. Howship. Duchapt.	F	26	Rein dr., urètre droit tub.	Vessie ulc. tuberc.	.....	Poumons.
	M	26	2 reins et urètres tub.	Vessie.	.....	
	F	3 1/2	Rein gauche, calices tuberc., rein droit moins altéré.	.....	.....	
Ammon } 4 cas.	F	49	Rein gauche tuberc.	.....	.....	
	M	19	Rein gauche tuberc.	.....	.....	
	F	50	Rein gauche.	.....	.....	
Pasquet. Aubanel.	M	12	Reins, calices, bassins.	Urètres, vessie.	.....	Poumons, tuberc. aiguë.
	M	34	Rein gauche.	Tous les organes gé-nito-urinaires.	.....	Poumons, cerveau, méninges, intestin.
Lacombe. Becquerel. Boucher.	M	33	2 reins, calices, bassin.	Urètres, vessie.	.....	Poumons.
	M	33	Rein droit.	Vessie.	.....	Poumons.
	M	22	Rein droit.	.....	.....	Poumons, intestins.
Rayer } 13 cas.	M	40	2 reins, bassin, urètres.	Vessie.	Organes génito-urin. Testicule gauche.	Poumons.
	F	28	Rein droit, urètres.	.....	.....	Poumons, larynx, trachée.
	F	28	Rein droit, bassin, urètres.	Vessie.	.....	Poumons, trachée, intestins.
Rayer } 13 cas.	F	28	Rein droit, bassin, urètres.	Vessie.	.....	mésentère.
	F	28	Rein droit, bassin, urètres.	Vessie.	.....	Poumons.
	F	28	Rein gauche.	Vessie.	.....	Poumons.
Rayer } 13 cas.	M	34	2 reins, urètres.	Vessie.	.....	Poumons.
	F	34	Rein droit, bassin, urètres.	Vessie.	.....	Poumons.
	F	43	Rein gauche.	Vessie.	.....	Poumons.
Rayer } 13 cas.	M	36	2 reins, urètres.	Vessie.	.....	Poumons.
	M	36	Un rein.	Urètre.	.....	Poumons.
	F	31	2 reins, calices, bassin.	Urètre.	.....	Poumons.
Rayer } 13 cas.	M	38	Rein gauche, calices, bassin.	Urètre, vessie.	.....	Poumons.
	M	38	Rein et urètre droits.	Urètre.	.....	Poumons.
	F	10	Rein gauche, calices, bassin.	Urètre, vessie.	.....	Poumons, intestin, rate, ganglions.
Rayer } 13 cas.	M	12	Rein gauche, calices, bassin.	Urètre, vessie.	.....	Poumons.
	F	12	Rein gauche, calices, bassin.	Urètre, vessie.	.....	Poumons.
	F	56	Rein gauche, calices, bassin.	Urètre, vessie.	.....	Poumons.

et Barthé.	M	43	Rein droit.	.....	.....	Poumons, rate, ganglions.
Perrét.	F	42	Rein gauche, rein droit.	Vessie.	.....	Poumons, intestins.
Vidal.	F	3	2 reins, bassinets, calices.	Urèteres, vessie.	.....	
Dufour	M	7	Rein gauche, calices, bassin.	Urètre, vessie.	.....	
Busk.	F	14 1/2	Rein gauche, bassinets.	Vessie.	.....	Poumons.
	M	52	2 reins, urètères.	Urètères, vessie.	.....	Poumons.
Ebenezer Smith.	M	38	2 reins, calices, bassinets.	Vessie.	.....	Poumons.
Risdon Bennett.	M	40	2 reins, urètères.	Vessie, urètre.	.....	
Wilks.	M	32	2 reins.	.....	.....	Poumons.
Lala.	M	27	2 reins, urètères, bassinets.	Vessie.	.....	Intestins, ganglions.
Garnier.	F	12	Rein droit, urètre.	Vessie.	.....	Poumons.
Barrier.	F	26 m.	2 reins, bassinets, urètères.	.....	.....	Poumons.
Colin.	M	21	2 reins.	Vessie.	.....	Poumons.
Magnan.	M	13	2 reins, urètre droit.	Vessie.	.....	Poumons.
Challan.	M	26	2 reins, urètre gauche.	Vessie.	.....	Poumons, intestins.
Hughes Bennett.	M	20	2 reins, urètères.	Vessie.	.....	Poumon droit, intestin grêle.
Lan- ce- reaux.	M	26	2 reins, urètères.	Vessie.	.....	Poumons.
	F	46	2 reins, bassinets, urètères.	Vessie.	.....	Poumons.
ca	F	47	2 reins, urètères.	.....	.....	Poumons.
	M	60	2 reins, bassinets, urètères.	.....	.....	Poumons.
Chavasse.	F	32	2 reins, bassinets, urètères.	.....	.....	Poumons.
	M	61	Rein gauche.	Vessie exulcérée.	.....	Poumons.
21	M	21	2 reins, urètre droit et bassinets.	Urètères.....	7 fois	Glandes abdominales.. 14
	M	21	19 fois les 2 reins.	Vessie.....	6	Intestins..... 19
32	M	11 F.	13 fois un seul : 7 fois rein droit et 6 le rein gauche.	Urètre.....	4	Système osseux..... 5
	M	11 F.				Péritoine..... 5
ca.	M	32				Rate..... 3
	M	32				Foie..... 1

OBSERVATION I.

Communiquée par M. Lancereaux.

Tuberculose rénale primitive.

C... (Nicolas), 60 ans, ébéniste, sans antécédents héréditaires, se présente à l'Hôtel-Dieu le 31 juillet 1873.

La maladie a commencé six semaines auparavant par les symptômes de la tuberculose pulmonaire. Toux, pas d'hémoptysie; inappétence, amaigrissement, sueurs nocturnes.

A l'inspection, la cage thoracique présente un aplatissement surtout vers le sommet, les creux sus et sous-claviculaires sont profonds.

A la percussion, on a une diminution de la sonorité.

A l'auscultation, le murmure vésiculaire est affaibli au sommet droit en avant; au sommet gauche, on constate une expiration prolongée et quelques craquements.

Quinze jours après, le malade présente des troubles divers; du muguet apparaît sur la muqueuse buccale; la langue est sèche; le malade a des nausées, des vomissements, du hoquet; de plus la fièvre augmente; il y a de la stupeur, une faiblesse générale, en un mot tous les phénomènes typhoïdes et la mort arrive dans le coma.

On a constaté en outre quelques troubles de sensibilité, une hyperesthésie cutanée.

Pas d'œdème; pas d'albumine dans les urines; mais un dépôt caséux purulent.

Autopsie. — Poumon droit: Excavation et foyers caséux au sommet.

Poumon gauche: Quelques cicatrices de tubercules.

Cœur gras, petit.

Reins: Rein droit volumineux, mou; la capsule est épaissie, adhérente.

A la coupe, infiltration granuleuse siégeant dans la substance médullaire.

Les calices, le bassin et l'uretère droits sont infiltrés de grains tuberculeux confluents.

Le rein gauche est petit; son volume est moitié moindre que celui du rein droit.

A la coupe, le parenchyme est parsemé de masses caséuses; la substance médullaire a presque entièrement disparu.

Les pyramides de Malpighi présentent le début de l'infiltration tuberculeuse.

Les calices, le bassin et l'uretère sont altérés au même degré que du côté droit.

Les capsules surrénales sont saines.

La vessie est ulcérée; il y a une véritable infiltration granuleuse. L'orifice des uretères dans la vessie est dilaté; leur ouverture est circonscrite par une collerette de tissu caséeux.

L'épididyme contient des noyaux.

Le testicule, la prostate sont sains.

Tube digestif: Quelques noyaux caséux dans l'intestin grêle.

Les plaques de Peyer sont ulcérées.

OBSERVATION II.

Communiquée par M. Lancereaux.

Tuberculose rénale primitive.

P... (Augustine), 32 ans, brunisseuse. Pas d'enfants. Pas d'hérédité. Pas de maladies antérieures.

Le début de la maladie remonte à un an. Au mois de janvier 1871, la malade a éprouvé des douleurs en urinant, en l'absence de blennorrhagie; au reste, depuis plusieurs années la malade n'avait pas eu de rapport sexuel.

Avec cette douleur à la miction, siégeant au col, la malade avait une sensation de pesanteur au périnée, douleur tensile qui augmentait surtout pendant la marche.

En outre de ces symptômes, elle accusait une constipation opiniâtre et une légère douleur dans le bas-ventre, douleur assez forte cependant pour ne lui permettre de s'asseoir qu'avec difficulté. Pendant toute l'année 1871, les symptômes sont restés les mêmes, malgré le traitement, bains et vésicatoires à l'hypogastre.

Le 12 février 1872, elle entre dans le service de M. Lancereaux, qui constate les symptômes suivants:

La miction est toujours difficile et douloureuse; les douleurs subsistent dans le bas-ventre.

Jusqu'à présent il n'y a aucun symptôme de tuberculose pulmonaire. Pas de toux. Pas de signes d'auscultation.

La malade s'affaiblit, maigrit, les douleurs vésicales et utérines s'aggravent; l'utérus est refoulé à gauche par une tumeur pelvienne.

Les urines sont pâles et contiennent un dépôt purulent. On y trouve des stries sanguinolentes.

La phlegmatia alba dolens envahit le membre inférieur gauche; on constate une hyperhémie cutanée de ce membre.

Gaultier.

9.

L'œdème augmente, il est très douloureux.

Pas de symptômes pulmonaires jusqu'à la mort qui arrive le 4 avril 1872, c'est-à-dire un peu plus d'un mois après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Cystite purulente, hémorrhagique en quelques points.

L'uretère droit est dilaté; son orifice vésical rétréci se présente sous la forme d'un tubercule allongé.

Rein droit: La capsule est peu adhérente. La surface du rein est jaunâtre.

A la coupe, la substance corticale et les colonnes de Bertin offrent une coloration gris jaunâtre. Les pyramides de Malpighi présentent des stries jaunes.

Le rein gauche, très volumineux, présente des bosselures. Le tissu est mollassé au niveau des bosselures. La capsule est épaissie, peu adhérente.

A la coupe, écoulement de liquide purulent en grande quantité. Le bassin et les calices dilatés forment des anfractuosités renfermant du pus grumeleux et caséux. Le lavage laisse une certaine quantité de cette matière adhérente aux parois. Ces anfractuosités communiquent toutes ensemble. Le tissu rénal a disparu presque complètement. Il est représenté par une portion périphérique ou coque, de 0,003 d'épaisseur, correspondant à la substance corticale et envoyant dans l'intérieur du rein des prolongements qui représentent la substance pyramidale. La substance ainsi atrophiée offre une teinte gris lardacé et rougeâtre. Pas de glomérules de Malpighi.

L'uretère sain, non dilaté, ne contient pas de matière caséuse.

On trouve des caillots fibrineux d'origine récente dans la veine cave inférieure se prolongeant dans la veine rénale gauche.

Foie gras. Rate normale.

Cavité thoracique. Adhérences des plèvres. Cœur petit; pas de lésions d'orifices.

Poumons: Le poumon droit contient des granulations grises en petite quantité. Le lobe inférieur est œdématié.

Le poumon gauche est parsemé de granulations miliaires; on y rencontre aussi de petites cavernes.

OBSERVATION III.

Communiquée par M. Lancereaux.

Tuberculose rénale primitive.

C... (Antoine), 61 ans, charretier. Sans antécédents héréditaires.

N'a jamais eu de maladies antérieures. Il tousse depuis quelque temps.

Il y a six semaines, il a ressenti une douleur au côté gauche, au niveau de la rate et a été pris de frissons, chaleur et sueur, phénomènes qui ont duré cinq jours. La toux a augmenté.

Le jour de son entrée à l'hôpital, le 12 mars 1882, à l'examen, on constate chez cet homme un amaigrissement notable de tout le corps. Le thorax est aplati.

A l'auscultation on perçoit des râles ronflants par toute la poitrine.

La toux est sèche et les crachats peu abondants.

Cet état persiste pendant plusieurs jours; la langue est sèche, rugueuse comme une rape et douloureuse.

Le 27, la fièvre revêt un caractère nouveau; les oscillations deviennent régulières. Sueurs profuses la nuit. Œdème cachectique aux jambes. Diarrhée.

A l'auscultation, expiration prolongée à droite, souffle doux à gauche.

L'amaigrissement fait des progrès; le malade présente des phénomènes typhoïdes; la diarrhée persiste jusqu'à la mort du malade qui arrive le 13 avril.

Les urines, examinées à plusieurs reprises, n'ont présenté ni albumine ni sucre. Troubles, de densité variable, de réaction faiblement acide, elles ont constamment laissé déposer un dépôt purulent et sédimenteux.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, on trouve une grande quantité de liquide floconneux dans les deux plèvres.

Les poumons sont extrêmement adhérents; presque la moitié du lobe supérieur est adhérente aux côtes.

Les poumons sont infiltrés dans toute leur étendue de granulations tuberculeuses; quelques cavernes à peine au sommet. Le poumon droit est moins altéré.

Cœur gauche à peine hypertrophié. Athérome généralisé.

Organes urinaires : Le rein droit est normal, la substance corticale est légèrement décolorée; pas de granulations.

Le rein gauche, doublé de volume, est infiltré de granulations à sa surface. Les pyramides sont détruites, les unes par la tuberculose, les autres par la rétention de l'urine. Le poids du rein gauche est de 320 grammes; celui du rein droit de 171 grammes, poids normal.

Le lobe gauche de la prostate présente une saillie volumineuse dure, constituée par plusieurs amas de granulations.

La vésicule séminale du côté droit est volumineuse et indurée dans toute son étendue.

Le canal déférent correspondant est également dur et volumineux.

Les parois de ce canal sont grisâtres, comme lardacées, et la lumière du canal contient de la matière tuberculeuse jaunâtre et molle.

Les testicules contiennent aussi quelques granulations, mais moins abondantes.

Le foie volumineux est légèrement graisseux.

La rate est normale. On ne trouve rien dans le cerveau. Œdème aux jambes.

OBSERVATION IV.

Communiquée par M. Lancereaux.

Tuberculose rénale secondaire.

A... (Suzanne), 29 ans, bijoutière; n'a pas d'antécédents héréditaires; mais elle a vécu quatre ans avec son mari mort de tubercules pulmonaires.

Il y a trois ans, elle a présenté des symptômes de tuberculose pulmonaire, toux, amaigrissement, sueurs nocturnes, perte de forces. Ces symptômes se sont accentués surtout depuis un an.

Etat actuel: La malade est dans un état de cachexie profonde, sa maigreur est extrême. Elle a des hémoptysies. La diarrhée est opiniâtre. Le ventre est ballonné. On constate un œdème cachectique périmalléolaire.

La percussion de la poitrine fait reconnaître en arrière et en avant de la submatité.

A l'auscultation, on a des signes de cavernes avec des râles sous-crépitants au voisinage de ces cavernes.

L'état de la malade ne fait que s'aggraver; un certain degré de dyspnée vient s'ajouter aux symptômes que nous avons énumérés, la peau se couvre de sueurs froides et la malade s'éteint douze jours après son entrée à l'hôpital, le 21 mars 882.

L'examen des urines n'avait pas fait découvrir d'albumine. Les urines, de réaction acide, d'une densité de 1,012, étaient purulentes et troubles.

Autopsie. — Les deux poumons sont remplis de granulations; les plèvres sont épaissies et adhérentes au sommet.

Des cavernes volumineuses occupent les deux sommets.

Dans le reste du poumon, on trouve de petites cavernes, de la grosseur d'une noisette à celle d'une noix, remplies de pus. Autour d'elles se voient des granulations grises.

Le foie hypertrophié est congestionné; l'estomac est dilaté, sa muqueuse épaissie, jaunâtre.

La rate rouge présente sur sa face externe des plaques laiteuses par lesquelles le péritoine est adhérent à la face inférieure du diaphragme.

Les deux reins sont volumineux. Le rein droit, lobulé, présente à surface des bosselures grisâtres alternant avec des points pâles.

Le bassin est distendu. L'uretère a l'épaisseur du petit doigt; il forme une corde dure qui s'étend du bassin à la vessie.

A la coupe, le bassin dilaté est rempli d'un liquide purulent et granuleux. Les calices, pâles comme la substance rénale, plongent dans le liquide du bassin.

A la coupe, la lumière de l'uretère est rétrécie; ses parois sont épaissies; l'épithélium est tombé, la muqueuse est épaissie, granuleuse et présente des stries transversales. Sur le bas-fond de la vessie, on remarque plusieurs granulations épaisses sans ulcérations.

OBSERVATION V.

Communiquée par M. Lancereaux.

Tuberculose rénale secondaire.

B... (Jean), 55 ans, terrassier, entre à la Pitié le 27 avril 1882 service de M. Lancereaux.

Pas d'antécédents héréditaires. Habite une chambre mal aérée, humide.

A commencé à tousser il y a quatre mois. Son rhume s'est prolongé, son état s'est aggravé et il vient demander des soins.

A l'examen de la poitrine, amaigrissement surtout prononcé dans les fosses sus et sous-claviculaires des deux côtés.

A la percussion, submatité à droite, surtout au sommet.

A l'auscultation en arrière, râles de bronchite surtout aux deux bases.

Au sommet droit, expiration prolongée soufflante.

Au sommet gauche, respiration plus rude avec quelques râles sibilants disséminés.

En avant, des deux côtés, tous les signes d'une excavation, c'est-à-dire râles caverneux, gargouillement, pectoriloquie.

A gauche, quelques craquements et des râles cavernuleux. par conséquent lésion moins avancée à gauche.

Foie volumineux débordant les fausses côtes.

Artères athéromateuses avec lésions trophiques des ongles.

Huit jours après son entrée à l'hôpital, on constate le soir une dyspnée assez intense avec tendance à la syncope. Des sueurs

froides couvrent son corps, les extrémités sont froides et la face cyanosée.

Cet état persiste et la mort arrive par asphyxie le 12 mai. Les urines rares, sédimenteuses, n'ont présenté ni albumine ni sucre.

Autopsie. — Poumons : Le poumon gauche présente au sommet quelques excavations tuberculeuses. Induration du tissu pulmonaire au pourtour de ces cavernes. Dans la partie moyenne, infiltration de tubercules crus, ramollis ou en voie de ramollissement.

Dans le poumon droit, on rencontre quelques tubercules disséminés au sommet et à la partie moyenne. Sur plusieurs points de petites excavations dues à des tubercules ramollis.

Plèvres adhérentes au sommet.

Cœur volumineux, à parois minces, dilaté surtout à droite.

Valvules saines. Aorte saine, sans plaque athéromateuse.

Foie hyperémié, pesant, de consistance augmentée.

Reins : Des tubercules disséminés en petite quantité dans les deux reins, apparaissant sous la capsule et formant de petits nodules ronds, de la grosseur d'un grain de mil.

A la coupe, on observe à la partie moyenne du rein droit des tubercules disposés en groupes, de la grosseur d'une petite noisette. La tumeur ainsi formée est consistante, jaunâtre, non ramollie au centre. Aux extrémités, quelques rares tubercules, de la grosseur d'un grain de millet, placés au centre de la substance médullaire. Dans la substance corticale, il existe des petits points grisâtres, indices de tubercules en voie d'évolution.

Dans le rein gauche, on ne trouve pas de masses tuberculeuses agglomérées; quelques tubercules seulement à chacune des extrémités.

OBSERVATION VI.

Communiquée par M. Vauthier, externe des hôpitaux.

Tuberculose rénale primitive.

S... (Maurice), 8 ans, entre le 28 août 1882 dans le service de M. Bergeron.

Pas de maladies antérieures.

Le début de sa maladie remonte à trois mois; la toux, la douleur du ventre ont apparus. La toux est devenue continue. Il y eut à ce moment des symptômes d'embarras gastrique.

Il y a huit jours, le malade est pris de vomissements, véritables vomissements cérébraux, de céphalalgie et d'abattement.

On constate en outre de la photophobie, des crises hydrencéphaliques. Le malade a des sueurs abondantes.

Cet état dure pendant trois jours et est remplacé subitement le matin par une somnolence, dont on arrache difficilement le malade. Il est couché en chien de fusil ; la peau est sèche, la langue est fuligineuse ; l'haleine fétide. La respiration présente le phénomène de Cheyne Stokes ; le pouls est irrégulier, bondissant. On provoque la raie méningitique. La constipation est opiniâtre.

Du côté des poumons, on ne constate que quelques râles sous-crépitants disséminés.

On voit apparaître du strabisme. Le ventre est excavé en bateau. Le pouls devient petit, fréquent, irrégulier et la mort arrive le 4 septembre.

Pendant les six jours que l'on a pu observer le malade à l'hôpital, la température a oscillé irrégulièrement entre 38,5 et 39°.

Le traitement s'est borné à l'administration d'une dose de calomel et d'un gramme d'iodure de potassium.

Autopsie. — Granulations tuberculeuses disséminées dans les méninges.

Poumons : Tubercules ramollis au sommet droit ; quelques granulations au sommet gauche ; quelques granulations disséminées dans l'intestin.

Reins : Le rein droit présente un aspect bosselé, il est augmenté de volume et à sa surface on aperçoit des tubercules de volume variable.

À la coupe, on voit une dizaine de cavités remplies d'un liquide blanc jaunâtre ; les parois des poches sont blanchâtres.

L'uretère, d'environ 0,008 à 0,010 de diamètre, est infiltré d'une matière caséeuse, s'arrêtant au niveau de la muqueuse vésicale. Il reste un canal par lequel on peut introduire une sonde cannelée.

À la coupe du rein gauche, on trouve un noyau tuberculeux assez volumineux ; l'uretère est normal.

Vessie : Le trigone est ulcéré ainsi que le col.

BIBLIOGRAPHIE

- Morgagni**, de Sedibus et causis morborum, 1767. Lovani, lettre 68, t. IV, 336, art. 12. — **G. L. Bayle**, Journ. de Corvisart, Boyer et Leroux, tomes VI et X, germinal an XI et XIII. — **Math. Baillie**, Anat. path., Paris, 1815; traduct. Guérbois. — **James Wilson**, Lectures on the structure and physiology of the male urinary and genital organs, London, 1821. — **Craigie**, Edimb. med. and surg. Journ., v. XLI, p. 79. — **König**, Krankheiten der Nieren, Leipsig, 1826. — **Maréchal**, Journal hebdomadaire, t. II, p. 494, Paris, 1829. — **Duchapt**, Tub. du r. Soc. anat., t. V, p. 186, 1830. — **Howship**, A pract. treat. on the complaints affecting the secretion and excretion of urine, London, 1833. — **Ammon**, Gaz. méd., 1834. — **Pasquet**, Bull. Soc. anat., juin 1838, p. 149. — **Aubanel**, Bull. Soc. anat., juin 1838. — **Lacombe**, Tub. du r. sans albuminurie, Soc. anat., n° 5, t. XV, p. 141, juillet 1840. — **Becquerel**, Excav. tub. du r. chez un enfant tuberculeux et scrof., Soc. anat., t. XV, n° 7, p. 212, sept. 1840. — **Boucher**, Dilat. kyst. du r. tub. Soc. anat., t. XV, n° 11, p. 380, janvier 1841. — **Rayer**, Traité des mal. des reins, t. III, p. 618. — **Carswell**, Illustrations etc., pl. 2, fig. 5. — **Rilliet et Barthez**, Traité des mal. des enfants, t. III, p. 852. — **Cless**, Archiv. f. physiol. Heilkunde, t. III, p. 4, 1845. — **Busk**, Transact. of the pathol., t. I, p. 118, 1846. — **Ebenezer Smith**, Trans. f. the pathol., t. II, p. 78, 1848. — **Mertens**, Journ. of Kinderkrankheiten, nov. et déc., 1849. — **Johnson**, On the diseases of the kidney, London, 1852. — **Chambers**, Med. Tim. and Gaz. 1852, extr. Arch. gén. de méd., 1854, t. II, p. 718. — **Perret**, Bull. Soc. anat., 1854. — **Verneuil**, Bull. Soc. anat., 1854. — **Vidal**, Soc. anat., 1854. — **Griesinger**, Archiv. f. Heilkunde, 1854. — **Ch. Robin et Ch. Bernard**, Gaz. méd., 1854, p. 243. — **Dufour (Ch.)**, Étude sur la tuberculose des organes génito-urinaires, th. de Paris, 1854. — **Rokitansky**, Lehrb. der path. Anat., t. III, p. 341, Vienne, 1855. — **Albers**, Atlas, t. IV, pl. 53. — **Lebert**, Traité d'anat. path., t. I, p. 687. — **Fusch**, De tuberculosi systematis uropoëtici, Königsberg, 1856. — **Lala**, Tub. ren.

isolée, Soc. anat., 2^e série, t. I, p. 118, avril 1856. — **Vogel**, Krankheit. d. harnbereitenden organe, Virchow's Handbuch, 1856-1865. — **Risdon Bennett**, Transact. of the path., t. VIII, p. 284, 1857. — **Jaccoud**, Bull. Soc. anat., 1858, t. III, 2^e sér. — **Beer**, Die Bindesubstanz. der menschl. Nieren, etc. Berlin, 1859. — **Muller**, (W.), Ueber Structur und Entwicklung des Tuberkels in den Nieren. In Archiv. für path. Anat., t. XVI, p. 205, 1859. — **Garnier**, Soc. anat., p. 212, 1859. — **Wilks**, Transact. of the path., t. XI, p. 137. — **Basham**, On dropsy, London, 1860. — **L. Beale**, Kidney diseases, urinary, deposits, London, 1861 et 1869. — **Barrier**, Mal. des enfants. 1861. — **Schmidtlein** (A.), Ueber die Diagnose der Phthisis tuberculosa der Harnwege, Erlangen, 1862. — **Villemin**, Du tubercule, Paris, 1862. — **Colin**, Néphrite tub. aiguë, In Gaz. hebdom., 1863, p. 39. — **Kussmaul**, Tuberculose des voies urinaires, in Würzburger Zeitschrift, t. IV, 1863, et Arch. de méd., t. I, p. 342, 1863. — **Mosler**, Beiträge zur Pathol. und Therapie der Krankh. der Harnwege. In Archiv. der Heilkunde, p. 299, 1863. — **Rosenstein**, Zur überculose der Harnorgane, In Berlin klin. Wochenschr., n^o 21, 1865. — **Huber**, Deutsches Archiv. für klin. Medizin., Bd. IV, p. 609, 1866. — **Hofmann**, Beiträge zur Lehre von der Tuberculose. In Deutsch Archiv. f. klin. Medizin, t. IV, p. 609, 1867. — **Magnan**, Gaz. méd., p. 393, 1867. — **Cornil**, Archiv. de physiол. norm. et path., t. I, p. 108, 1868. — **Challan**, Tuberculose des reins, in Soc. anat., p. 161, 1869. — **Southey**, British. med. Journ., page 444, 1867. — **Ellis** (Edw.), British. med. Journ., p. 324, 28 sept. 1869. — **Mac Dowell**, Edimb. med. Journ., t. XV, p. 1093. — **Klob**, Oesterr. Zeitschr. f. prakt. Heilkunde, t. XIV p. 9 et 10. — **Lancereaux et Lackerbauer**, Atlas d'anat. path., texte p. 349, atlas pl. 35 et 36, Paris, 1871. — **Rosapelly**, Soc. anat., 2^e série, vol. XVI, p. 172, 1871. — **Lecourtois**, Soc. anat., 2^e série, vol. XVI, p. 163, 1871. — **Liouville**, Soc. anat., p. 285, 1871. — **Planteau**, Soc. anat., vol. XVII, p. 411, 1872. — **Schmidt** (Thomas), Tubercular disease of the urinary mucuous membrane. In St-Bartholomew's hospital Reports, t. VIII, p. 95, London, 1872. — **Roberts** (W.), On urinary and renal diseases, p. 545, London, 1872. — **Chavasse**, Étude sur la tubercul. des reins, de l'uretère et de la vessie, th. de Paris, 1872. — **Hughes Bennett**, Leçon sur la pratique de la médecine, tr. fr. de Lebrun. 1873, t. II, p. 436, Paris. — **Le-corché**, Traité des maladies des reins, p. 712, 1875. — **Lancereaux**, Art. Rein, Dict. encycl. des sc. méd., 3^e série, 1876,

p. 227. — **Letulle**, Diabète, tub. mil. aiguë, tub. des reins, Soc. anat., 4^e série, t. II, p. 496, 1877. — **Richer (P.)**, Diabète, tub. mil. aiguë, abcès des reins, cancer de l'estomac et du foie, Soc. anat., 4^e série, t. II, p. 488, 1877. — **Tapret**, Étude clinique sur la tuberculose urinaire. In Archiv. de méd., 7^e série, t. IV, p. 405, 1879. — **Arnold (J.)**, Ueber Nierentuberculose, in Virchow's Archiv. Bd. LXXXIII, p. 289, 1881. — **Guyon**, Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, p. 381, 386 et 294, Paris, 1881.

QUESTIONS.

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Des membranes muqueuses.

Physiologie. — De la menstruation.

Physique. — Effets physiologiques des courants électriques; applications médicales.

Chimie. — Théorie sur la constitution chimique des sels; solubilité des sels. Action des sels les uns sur les autres. Lois de Berthollet, de Wollaston, etc.

Histoire naturelle. — Des tiges; leur structure, leur direction. Caractères qui distinguent les tiges des monocotylédonées de celles des dicotylédonées. Théorie sur leur accroissement.

Pathologie externe. — Des polypes naso-pharyngiens.

Pathologie interne. — De la méningite tuberculeuse.

Pathologie générale. — De l'hérédité dans les maladies.

Anatomie et histologie pathologiques. — Des perforations intestinales.

Médecine opératoire. — De la valeur des appareils inamovibles dans le traitement de la coxalgie.

Pharmacologie. — Des gargarismes et des collyres; des collyres gazeux, liquides, mous et solides;

des injections, des inhalations, des lotions, des fomentations, des fumigations etc.

Thérapeutique. — De l'emploi du quinquina et de ses préparations.

Hygiène. — De l'action de la lumière sur l'organisme.

Médecine légale. — De l'empoisonnement par le chloroforme et l'éther. Comment peut-on reconnaître la présence de ces anesthésiques dans le sang?

Accouchements. — De l'accouchement par le pelvis.

Vu, le président de la thèse,
GUYON.

Vu, bon et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

